

FAX : 0 4 5 – 3 6 6 – 5 8 0 3

平成29年度 公開講座 受講申込書

【申込期間：平成29年8月1日（火）～8月31日（木）】

※おひとり様毎に1枚でお願いします。なお、応募者多数の場合は抽選とします。

※受講不可の場合のみご連絡します。

ふりがな		
氏名		
連絡先		(いずれかに○を記入) 本人自宅 ・ 所属 〒
		電話番号 ファックス番号
所属	名称	
	区分 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">(いずれかに○をつけてください)</div>	1 養成機関 2 医療機関 3 特別養護老人ホーム 4 介護老人保健施設 5 介護サービス関連事業所・居宅介護支援事業所 6 その他老人福祉施設 7 身障者更生援護施設 8 保育所 9 障害児施設 10 その他児童福祉施設 11 知的障害者援護施設 12 地域作業所 13 グループホーム 14 その他社会福祉施設 15 社会福祉協議会 16 行政機関 17 教育機関 18 実践教育センター 19 保健福祉大学 20 その他 21 なし
職種 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">(いずれかに○をつけてください)</div>		1 養成機関の専任教員 2 看護職員 3 保健師 4 リハビリ関連職員 5 栄養士 6 医師、歯科医師 7 薬剤師 8 歯科衛生士 9 衛生監視員 10 介護・介助職員・生活援助・指導員 11 介護支援専門員 12 相談員 13 ホームヘルパー(訪問介護員) 14 保育士 15 その他福祉職員 16 教諭・養護教諭 17 学生 18 本学(当センター)教職員 19 その他 20 なし
講師への質問事項等がありましたら、ご記入ください。		

※ 実践教育センターでは、保健福祉大学個人情報の取扱方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

申込方法： 当センターホームページよりフォームメール、郵送またはFAXにてお申し込み下さい。

◆郵送：〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-5-1

神奈川 県立保健福祉大学実践教育センター 公開講座係

◆FAX : 0 4 5 - 3 6 6 - 5 8 0 3