

< F A X 送信先 >

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会
川崎市高齢社会福祉総合センター 人材開発研修センター
FAX 044-976-9000

Aコース 6月6日(水) 必着

Bコース 7月6日(金) 必着

同一事業所から複数人お申込みされる場合は、1枚にまとめてご記入くださいませ。

平成30年度

川崎市相談支援従事者プレ研修

(川崎市福祉従事者基盤研修)

受講申込書

法人名

事業所名

担当者

通知送付先

複数人お申込みされる場合のみ↓

コース	受講者氏名	年齢	現職	相談支援 従事期間	その他の業務 従事期間及び業務内容	初任者研修 受講予定	受講優先 順位
A・B				年 月	(年 月)	あり・なし	
A・B				年 月	(年 月)	あり・なし	
A・B				年 月	(年 月)	あり・なし	

この研修を何でお知りになりましたか？(該当する番号に○をつけてください。)

- 1 障害福祉情報サービスかながわ(らくらく)
- 2 区自立支援協議会
- 3 川崎市高齢社会福祉総合センターHP
- 4 その他()

※申込者が定員を大幅に超過するなどの理由によりご受講頂けない場合のみ、ご記入頂いた連絡先に通知いたします。連絡がない場合には、受講可能とご理解ください。

※本申込書は申し込みの控えとして必ず保管してください。