**【 ＦＡＸ： ０５３－４８８－９００８／　センター　・　】**

**2025 のための**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅰ　・コース　　※をするに○をつけてください。 | | | | | | |
|  |  |  | （4） |  |  |  |
|  | （） |  | 8月29日（金）、9月29日（月）  9月30日（火）、10月17日（金） | 9：00～  17：30 | 20名 | ・ |
|  | （） | **「シズウエル」** | 8月21日（木）、9月16日（火）  9月17日（水）、10月3日（金） | 20名 |
|  | （） | **センター** | 8月18日（月）、9月25日（木）  9月26日（金）、10月7日（火） | 20名 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅱ　 （このにする） | | | | |
| フリガナ |  | | ニックネーム |  |
| お |  | |
|  |  | んでいる |  | |
|  |  | ・ |  | |
| の | なし　　・　　Ｎ５　　・　　Ｎ４　　・　　Ｎ３　　・　　Ｎ２　　・　　Ｎ１　　・　　その（　　　　　　　　　　　 　　　） | | | |
|  | ・ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅲ　（いている） | | | | | |
| 法人名 |  | | | | |
| サービス種別 |  | 施設名 | |  | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  | |
| メールアドレス | ＠  **※施設代表メールアドレス等、本研修にご対応くださる方が見ることができるメールアドレスをご記入ください。** | | | | |
| 施設担当者名 |  | | 役職・職務名 | |  |