【 ＦＡＸ： ０５３－４８８－９００８ ／　聖隷福祉事業団 人事企画部　秋山・金子 宛 】

202３年度　外国人介護職員 支援担当者研修

申込書

　記入日　２０２３年 　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅰ　希望参加日時　　※いずれかの日程を選んで、受講希望欄に○をつけてください。 | | | | | |
| 地区 | 受講  希望 | 開催日時 | 会場 | 定員 | 参加費 |
| 東部  （沼津） |  | 202３年９月２２日（金）  １3：3０～１6：3０ | ふじのくに千本松フォーラム  プラサヴェルデ | 各会場  １５名  （先着順） | **無料**  交通費は  ご負担ください |
| 西部  （浜松） |  | 202３年９月２８日（木）  １３：３０～１6：３０ | えんてつ浜松駅前貸会議室 |
| 中部  （静岡） |  | 202３年１１月９日（木）  １３：３０～１6：３０ | 静岡県男女共同参画センター  「あざれあ」 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ⅱ　施設 | | | | |
| 法人名 |  | | | |
| 施設名 |  | サービス種別 | |  |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  | |
| Eメール | **※申込みを取りまとめる方のメールアドレス** | | | |
| 施設担当者名 | **※申込みを取りまとめる方（こちらの方宛に受講決定通知をお送りします）** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ⅲ　研修参加者（1事業所2名まで参加可） | | | |
|  | お名前 （ふりがな） | 職　種 | 役　職 |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |

＜申込み～受講までの流れ＞

この申込書をＦＡＸまたはEメールにて

ご送付ください。

FAX：　０５３－４８８－９００８

Eメール：　hq-nihongo2@sis.seirei.or.jp

受講可能な場合は

受講決定通知を

お送りします。

当日、受講決定通知を

ご持参のうえ、

研修にご参加ください。

＜お問合せ先・事務局＞

〒430-0946 　浜松市中区元城町218-26

社会福祉法人 聖隷福祉事業団　　法人本部 人事企画部 担当：秋山・金子

ＦＡＸ：　053－488－9008　　　ＴＥＬ：　０５３－４１３－３３７６　　　Eメール：　hq-nihongo2@sis.seirei.or.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *当事業団記入欄* | *申込み受付日* | *受講決定連絡日* | *担当者* |
|  |  |  |