

FAX 011-280-3162 【道老施協】

(北海道社会福祉協議会 施設経営支援部 施設福祉課 町田・市川 行)

平成24年度ケアグレードアップセミナー 【参加申込書】

施設名		希望回	第1回 ・ 第2回
		道老施協・道デイ協	会員 ・ 非会員
種別	特養 ・ 養護 ・ 軽費 ・ ケアハウス ・ 通所 その他 ()	TEL	
		FAX	
住所	〒	担当者	

参加者氏名	性別	経験年数	職種	お部屋の希望タイプ
フリガナ	男・女	年		喫煙 ・ 禁煙

※部屋割りの参考にします。

研修を通して特に学びたい事柄を御記入ください。

--

第1回 平成24年10月16日(火) 第2回 平成24年10月26日(金) 必着

【ご連絡事項】

- ◎氏名は**正確**にご記入いただき、フリガナをお願いいたします。
- ◎FAXにてお申し込みの場合は、字がつぶれぬよう大きな字でご記入ください。
- ◎経験年数は、老人福祉施設での通算経験年数をご記入ください。
- ◎宿泊が原則になります。
- ◎喫煙・喫煙の部屋割りについては、人数の関係でご希望に添えない場合もございます。
- ※ ご記入いただいた個人情報は当該セミナーの運営及び統計資料の作成に使用いたします。また、参加申込書に記載された情報をもとに、参加者名簿を作成し、ノートに掲載します。以上の目的以外で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。