

高知県介護福祉士会 行
FAX:088-844-9443

令和4年度高知県福祉・介護新任職員フォローアップ研修 (会場受講用)参加申込書

法人名 _____
担当者 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

施設・事業所名	事業種別 ※該当するものに○をつけてください。	(フリガナ) 氏 名	申込
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1回目 ・ 2回目 ・ 兩日
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1回目 ・ 2回目 ・ 兩日
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1回目 ・ 2回目 ・ 兩日
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1回目 ・ 2回目 ・ 兩日
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1回目 ・ 2回目 ・ 兩日

※参加者名簿を作成しますので、氏名・フリガナはお間違えのないように、楷書ではっきりとご記入ください。

オンライン参加をご希望の方は下記URLか、メールにてお申込みください。

zoomミーティングを利用して実施いたします。参加できる環境を整えたうえでご参加ください。

(申込URL) <https://forms.gle/k4ysN3DeYwcL9XHM9>

(申込メールアドレス) ccw@kaigo-kochi.jp

※申込書をメールに添付するか、必要事項をメールにてお知らせください。



申込QR

※新型コロナウイルス感染症に対する対策について

- ・会場での参加を希望される方には、マスクの着用・手指消毒など感染症要望に努めて頂きます。
- ・会場は空席の間隔を空け、定期的に換気を行います。
- ・感染状況によっては、会場での開催を中止し、オンライン開催のみになる可能性があります。

申込締め切り:第1回目…7月15日(金)17時必着 ／ 第2回目…12月9日(金)17時必着