**埼玉県新任介護職員定着支援事業　参加申込書**

**(実務経験１年以上３年未満)**

**(**

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会　福祉人材センター　行

標記事業について、以下のとおり申込みます。

１　所属施設・事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 | 種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな |
| 連絡担当者氏名 |  | ＴＥＬ |  |

　２　参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 経験年月（令和元年9月1日現在） | 参加希望日程（○印） | 国際福祉機器展（〇印） |
| ふりがな | 年　　 月 | １・２・３・４ |  |
|  | 年　　 月 | １・２・３・４ |  |
|  | 年　　 月 | １・２・３・４ |  |
|  | 年　　 月 | １・２・３・４ |  |

※経験年月は、介護職員として入職してからの年月数を御記入ください。

参加申込書の記載事項は、①本会で受講者の出席等の情報管理を行うこと、②研修当日に配布する資料に種別・施設名・氏名・経験年月を参加者名簿として作成し配布すること以外の目的には使用いたしません。また、国際福祉機器展の申し込みに際し、事務局に届け出いたします。

３　申込先

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会　福祉人材センター（担当：川上・矢口・蓜島）

**ＦＡＸ　０４８－８３３－８０６２**

**研修参加の申込みは研修日の１週間前まで受付けております。**

本会のＦＡＸ番号と酷似した個人宅のファクシミリに、本会あての文書が届くトラブルが頻発しました。

お手数をおかけいたしますが、ＦＡＸ送信の際は、必ず番号をお確かめくださるようお願いいたします。