令和６年度　　福祉職員向けセミナー　　申込用紙

施設・事業所名	フリガナ	
申込者 （代表者）	役職	フリガナ 氏名
所在地および電話番号 〒　　－　　TEL　（　　）　　－		
希望研修名（いずれかに〇） ・介護技術スキルチェック研修　　・福祉職員スキルアップ研修		
希望する内容（具体的に実施して欲しい内容をご記入ください）		
その他通信欄（希望日時・時間・会場（またはZoom）のご相談・参加予定人数　等）		

［お申込み・お問い合わせ先］
学校法人　弘前城東学園
弘前医療福祉大学短期大学部
福祉職員向けセミナー 係（担当：中村直樹）
☎0172(27)1001
FAX 0172(27)1023