FAX 011-271-0459

北海道社会福祉協議会研修課　ユニットケア研修担当係

|  |
| --- |
| **令和元年度　ユニットリーダー研修**  **実地研修施設新規実地研修施設説明会参加申込書** |

■開催日時・会場

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 函館会場 | 旭川会場 |
| 日時 | ８月２２日（木）  １０：００～１６：００ | ８月２４日（土）  １０：００～１６：００ |
| 会場 | サン・リフレ函館　小会議室  （函館市大森町２－１４） | 旭川勤労者福祉会館　または  大雪クリスタルホール　を予定 |

■参 加 費　無　料

■申込方法　本書に必要事項をご記入いただき、ＦＡＸにてお申し込みください

**[申込期限：６月２８日（金）]**

お申し込み日：　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 参加する会場  ※いずれかに必ず☑を  入れてください | □　函館会場（８/２２開催）　□　旭川会場（８/２４開催） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 施設名 |  | |
| 施設住所 |  | |
| 申込担当者 | 氏名  （ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　／FAX：　　　　　　　　　　　　） | |
| 参加者 | 役　職 |  |
| 担当理事（長）　　 **※任意** |  |
| 施設管理者　　　　 **※参加必須** |  |
| 実習受け入れ担当予定者 **※参加必須** |  |
|  |  |
|  |  |

※取得した個人情報は、本説明会の事務に必要な範囲以外使用しません。