ＦＡＸ　０８３－９８７－０１２４

社会福祉法人　山口県社会福祉協議会　福祉研修部（福祉研修センター）　石丸　行

令和３年度　看取りにおけるメンタルケア研修

受　講　申　込　書

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　　名** |  |
| **資料等送付先** | 〒　　　　－　　　　[ 自宅　・　勤務先 ]　 ※該当に○を付けてください。 |
| **勤務先** |  |
| **職名** |  |
| **現業年数** | 　　　　　　　年（１年未満は切り捨て） |
| **電話番号** | [ 自宅　・　勤務先 ]　 ※該当に○を付けてください。（　　　　　）　　　　　― |
| **FAX** | [ 自宅　・　勤務先 ]　 ※該当に○を付けてください。（　　　　　）　　　/・　　― |
| **県社協****会員・会員外****※所属の事業所が加入しているかどうかご確認ください。** | 会員　　・　　会員外 |

※この受講申込書は、本講習会の参加者名簿作成及び模擬試験受験にかかる手続き等の目的にのみ使用します。

 申込受付期間　１０月８日(金)～１１月８日（月）

※上記期間以外の申込は受け付けません。