**令和４年度児童虐待対策専門分野別研修【医療分野】受講申込書**

**開催日：令和４年１０月１５日（土）**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

社会福祉法人山口県社会福祉協議会　　宛

ＦＡＸ　０８３－９８７－０１２４

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 　　 －  |
| 所　　属　　名 |  |
| 本研修に関する問合せ担当者 |
| 問合せ先電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　名 | （　ふりがな　）氏　　　名 | 経験年数 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　年 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　年 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　年 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　年 |

＜備考＞

１ 「経験年数」は、研修に関する業務の通算年数を**令和４年９月１日現在**で記入し、

　１年未満は切り捨ててください。

２　申込期限までにＦＡＸで申し込んでください。

３　定員超過等で受講をお断りする場合は、速やかに電話で連絡します。