**令和７年度　介護支援専門員受験対策講座　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 　所属事業所（勤務先）　※無い場合は記入不要 | 名　　称 |  |
| 役　　職 |  | 実務経験年数 |  |
| 連 絡 先 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| **※Ｅメール** | ＠ |
| 種 別 等 | ※該当するところに☑をつけ、事業所種別（例：特別養護老人ホーム等）を記入してください。□ 高齢者福祉関係事業所（事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 障がい者福祉関係事業所（事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 児童福祉関係事業所（事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 社会福祉協議会　□ その他の事業所（事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 書類送付先の選択（どちらかに☑）□ 勤務先□ 自　宅 | ※書類送付先として「自宅」を希望された場合は、下記に住所及び連絡先等を記入してください。〒電話番号：**※Ｅメール**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受講希望講義（受講希望欄に○を付けてください) | 研修分野（日程） | 受講希望 | 受 講 料 |
| ①『介護支援分野編①』（８／６） |  | ５，０００円(税込) |
| ②『介護支援分野編②』（８／７） |  | ５，０００円(税込) |
| ③『保健医療サービス分野編』（８／２０） |  | ５，０００円(税込) |
| ④『福祉サービス分野編』（８／２８） |  | ５，０００円(税込) |
| 質 問 事 項 |  |

■申込期限　　令和７年７月２４日（木）

■申 込 先　　愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　人材研修課（担当：菅野・吉川）

　　　　　　　ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（※送信紙不要）

　※本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分注意し、講座運営以外の目的では使用しません。