令和７年度　介護の入門的研修　実施事業所申込書

記入日：令和７年　　月　　日

１　法人・実施事業所情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人・会社名 |  | | | | |
| 実施事業所名 |  | | | | |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　 - | | | | |
| 代表者 | 役職 |  | | 氏名 |  |
| 担当者 | 役職 |  | | 氏名 |  |
| 電話 | - - | | ＦＡＸ | - - |
| メールアドレス | |  | | |

※担当者は、本会からの問い合わせに対応いただける方の情報をご記入ください。

２　実施内容（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　程  （５日間程度） |  |
| 会　　場  （10名程度） |  |

※予定でかまいませんので、現時点での内容を記入してください。未定の場合は空欄でご提出ください。

３　申込理由

|  |
| --- |
|  |

【送付先】

愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部 人材研修課（担当：吉川・中田）

Ｅメール　jinzai＠ehime-shakyo.or.jp