

第10回 新人職員基礎研修 参加申込書

次のとおり参加を申し込みます。

申込日:令和 年 月 日

法人名 :
TEL : FAX :
Email :
担当者名 :

参加申込名簿

参加希望者名	事業所名	職 種	経験年数
フリガナ			年
希望を○で囲む	① ~ ⑥ ・ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥		
フリガナ			年
希望を○で囲む	① ~ ⑥ ・ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥		
フリガナ			年
希望を○で囲む	① ~ ⑥ ・ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥		

例

フリガナ オオムタ ハナコ 大牟田 花子	大牟田市介護サービス事業者協議会	介護職	2 年
希望を○で囲む	① ~ ⑥ ・ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥		

※申込締切 令和8年9月14日(月)

※定員に達した場合、締切日前に受付を終了する場合がありますので、お早目にお申し込み下さい。

※申込みは、Web又はメール(email:office@omutakaigo.net)、FAXにて事務局までお申し込みください。

《お問合せ》

大牟田市介護サービス事業者協議会 事務局（大牟田市役所福祉課内）担当：前田

TEL：0944-85-0470

FAX：0944-41-2662

email: office@omutakaigo.net