

# 令和5年度 地域包括ケア実践促進講座 受講申込書

## 受講までの流れ

1. EメールまたはFAXでお申し込み下さい。

下記の(1)～(7)の内容をメール本文に記載するか、下記に記入の上、PDFファイルにして添付送信して下さい。FAXでお申込みの方は、この書式にご記入下さい。

**【募集期間】 9月1日(金)～10月23日(月)**

**【結果通知送付予定】 10月31日(火)**

2. 11月1日(水)までに結果が届かない場合は、講座事務局までお問い合わせ下さい。

送付先アドレス : [kouzajimukyoku@fukuwel.or.jp](mailto:kouzajimukyoku@fukuwel.or.jp)

FAX 番号 : 092-731-5361

※誤送信にはお気をつけ下さい。

## お申込み事項

(1)申込日	令和 年 月 日
(2)受講者名・職種(役職)	氏名: (役職・職種: )
(3)貴所属事業所・団体名	
(4)事業所種別 (例) 居宅介護支援事業所、介護老人福祉施設、 認知症対応型共同生活介護 等	
(5)勤務経験年数 ※おおよそで構いません	年 月
(6)連絡先 ※緊急に連絡を取る場合のみ、使用します。 必ずご記入ください。	勤務先・ご自宅・その他( )
	※該当の項目を○で囲む 電話番号
	Eメールアドレス
(7)その他	講座受講に関して、希望事項・コメント等ありましたらお書き下さい。 ( )

※お預かりした個人情報等は、各種連絡・お問い合わせ対応・講座の運営業務に利用し、その他の目的では利用いたしません。

【お問い合わせ・申込み先(講座事務局)】

社会福祉法人 ふくおか福祉サービス協会 介護支援課 担当:田中・長谷川・岩本

Eメール:[kouzajimukyoku@fukuwel.or.jp](mailto:kouzajimukyoku@fukuwel.or.jp) 電話:092-731-0071