【申込期限：１１月２２日（月）】

秋田県福祉保健人材・研修センター行き（送信票不要）

**ＦＡＸ：０１８－８６４－２８７７**

令和３年　　月　　日

**令和３年度介護助手活用促進セミナー**

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法 人 名 |  |
| 事業所名 |  |
| 連 絡 先 | **〒****ＴＥＬ:　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ:** |
| 受講希望者① | 職名及び氏名 |  |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **＠** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| 受講希望者② | 職名及び氏名 |  |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **＠** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| 受講希望者③ | 職名及び氏名 |  |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **＠** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| **上記法人・事業所及び受講希望者は、****別添実施要項の１４（１）～（６）に同意します　□** |

※　申込者が多数の場合は、各事業所１名の

〔担　　当〕

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

施設振興・人材・研修部　人材確保担当／内藤・岩井川

〒010-0922 秋田市旭北栄町１－５

秋田県社会福祉会館 ５階

（Tel）018-864-3161　（Fax）018-864-2877

（E-mail）jinzai@akitakenshakyo.or.jp

みの参加となる場合がありますので、同一事

業所から複数の方が受講を申込む場合は、

あらかじめ優先順位を決めて、その順番に御

記入ください。

※　接続テスト：１２月７日(月)午後２時～３時。

所要時間１０分程度。

【申込期限：１１月２２日（月）】

記入例

秋田県福祉保健人材・研修センター行き（送信票不要）

**ＦＡＸ：０１８－８６４－２８７７**

令和３年１１月○○日

**令和３年度介護助手活用促進セミナー**

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法 人 名 | **社会福祉法人　○○会** |
| 事業所名 | **特別養護老人ホーム　○○園** |
| 連 絡 先 | **〒○○○－○○○○**セミナー当日に使用する端末（PC等）のメールアドレスを記入してください。※G-Mail等のフリーメールも可**秋田県○○市○○町○番○号****ＴＥＬ: ○○○－○○○－○○○○　　ＦＡＸ: ○○○－○○○－○○○○** |
| 受講希望者① | 職名及び氏名 | 施設長　○○　○○○ |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **○○○－○○○○.○○○＠○○.○○.○○** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| 受令和３年１２月７日（火）に行う接続テストの参加について、該当する方を○で囲んでください。※接続テストの詳細は、別添実施要項の1２を参照講希望者② | 職名及び氏名 |  |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **＠** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| 受講希望者③ | 職名及び氏名 | 別添実施要項の1４を御確認の上、同意いただける場合は、✔を記入していただきますようお願いいたします。 |
| 使用する端末のE-mail【必須】 | **＠** |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** |
| **上記法人・事業所及び受講希望者は、****別添実施要項の１４（１）～（６）に同意します　☑** |

※　申込者が多数の場合は、各事業所１名の

〔担　　当〕

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

施設振興・人材・研修部　人材確保担当／内藤・岩井川

〒010-0922 秋田市旭北栄町１－５

秋田県社会福祉会館 ５階

（Tel）018-864-3161　（Fax）018-864-2877

（E-mail）jinzai@akitakenshakyo.or.jp

みの参加となる場合がありますので、同一事

業所から複数の方が受講を申込む場合は、

あらかじめ優先順位を決めて、その順番に御

記入ください。

※　接続テスト：１２月７日(月)午後２時～３時。

所要時間１０分程度。