**FAX：０７６―４２２―０４４０**

令和６年度新任介護職員フォローアップ研修

（ ストレスマネジメント編 ）申 込 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生 年 月 日 |
| 氏　　　名 |  | 昭和平成 | 年　　　月　　　日 |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | （〒　　　　－　　　　　）TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 自宅住所 | （〒　　　　－　　　　　）携帯番号：　　　　　　　　　　　　自宅番号：　　　　　　　　　　　　 |
| 記載内容等連絡先○をつけてください | ※申込書の記載内容等について、ご本人に電話連絡させていただく場合がありますので、ご了承ください。自　宅　　・　　携帯電話　　・　　勤務先（ TEL: 　　　　　　　　　　　　　　）携帯電話の場合は（ ）内に携帯電話番号を記入してください。 |
| 希望日に○をつけてください | **研修日** | 申込締切日 | 研修会場 |
|  | 6月 26日（水） | 6月 12日（水） | 富山県民会館　509号室（富山市新富町4-18） |
|  | 7月 24日（水） | 7月 10日（水） | 新川文化ホール　201号室（魚津市宮津110） |
|  | 8月 8日（木） | 7月 25日（木） | 高岡文化ホール　第4会議室（高岡市中川園町13-1） |
|  | 9月 12日（木） | 8月 29日（木） | 富山県民会館　613号室（富山市新富町4-18） |

※ 申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみに使用し、他の目的には使用しません。

※ 申込締切後、**受講票を勤務先に郵送いたします。**申込締切日を一週間過ぎても受講票が

届かない場合は、当会事務局までご連絡ください。

（申込書送付・問合せ先）

　　一般社団法人 富山県介護福祉士会

　　〒939-8084　富山市西中野町１－１－１８　オフィス西中野ビル１Ｆ

　　TEL：076-422-2442　　　**FAX：076-422-0440**