**令和６年度 高次脳機能障がいの概要と対応のための研修**

**参加申込書**

問１、駐車場の希望について　○印をご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| 開 催 日 | 駐車場利用希望 |
| 令和６年8月24（土） |  |

問２、資格の状況について該当番号に○をご記入ください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| Ⅰ　介護福祉士　・　Ⅱ　実務者研修修了者　・　Ⅲ　初任者研修修了者　・　Ⅳ　ホームヘルパー（1級2級3級）　・　Ⅴ　看護師　・　Ⅵ資格は保有していない　・　Ⅶその他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 会　員 （会員番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）非会員 （　　　　　　　） |
| ふりがな |  |
| 氏　　　名 |  |
| 自　宅　住　所 | 〒　　　　 － |
| 勤　務　先　名 |  |
| 電話／ＦＡＸ（必ず何れか記入下さい） | （　　）勤務先　 　TEL　（　　　 　 　）　 　 　－　　　　　　　FAX　（　 　　 　　）　　 　 －　　　　 （　　）自 宅　　　TEL　（　　　 　　）　　 　 －　　 　　　　 |
| 携　帯　電　話※希望の方のみ | 　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**送付先：ＦＡＸ（０９８５）－２２－３７１１**

注意！！　市外局番の確認をお願いいたします。