**令和２年度介護の入門的研修　実施事業所申込書**

記入日：令和２年　　月　　日

**１．法人・実施事業所名**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人・会社名 |  | | | | |
| 実施事業所名 |  | | | | |
| 実施事業所住所 | 〒　　　　　 - | | | | |
| 担当 | 役職 |  | | 氏名 |  |
| 電話 | - - | | ＦＡＸ | - - |
| メールアドレス | |  | | |

**※担当者については、当センターからの問い合わせにお答えいただける方をご記入ください。**

**２．応募理由**

**（送付先） 愛媛県福祉人材センター（愛媛県社会福祉協議会 人材研修課）**

**担当 ： 河村・中田**

**ＦＡＸ ： ０８９－９２１－３３９８**

**Ｅメール ： 　　jinzai＠ehime-shakyo.or.jp**