介護福祉士等届出者カムバック支援事業対象者用
受講申込書

年　　月　　日

社会福祉法人　岐阜県社会福祉協議会事務局長　様

下記のとおり受講を申込みます。

研修名			
ふりがな		性別 （丸で囲む）	男　・　女
氏　名			
年　代 （丸で囲む）	20代　・　30代　・　40代　・　50代　・　60代以上		
福祉・介護業務 従事経験	年　　ヶ月	経験のある職種 ※「事務員」等を記入	
経験のある 分野 ※○で囲む ※その他は記入 ※複数可	高齢者　・　障がい者　・　児　童　・　社会福祉協議会 その他（　　）		

【申込先】　社会福祉法人　岐阜県社会福祉協議会　福祉人材総合支援センター
〒500-8385　岐阜市下奈良2－2－1　岐阜県福祉・農業会館内
TEL　058-278-1823　／　FAX 058-276-2571
E-mail kenshu-center@winc.or.jp