

# 「医療・保健・衛生等研修会」参加申込書

## ■ FAX 又は郵送でのお申込み

・下記に必要事項を記入の上、FAX または郵送にて申し込みください

障害者支援センター研修担当

【FAX:045-680-1550】

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第1回(10/23) | <input type="checkbox"/> 第2回(10/30) | <input type="checkbox"/> 第3回(11/20) |
| <input type="checkbox"/> 第4回(11/28) | <input type="checkbox"/> 第5回(12/18) | <input type="checkbox"/> 第6回(1/17)  |

※申込みする回に☑(チェック)をお願いします。

|              |   |                                |                               |
|--------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| ふりがな         |   | 連絡先                            | 【電話】                          |
| 氏名           |   |                                | 【FAX】                         |
| 法人・団体名       |   |                                |                               |
| 施設・事業所名      |   |                                |                               |
| 福祉職場<br>経験年数 | <input type="checkbox"/> 1年未満           | <input type="checkbox"/> 1年～3年 | <input type="checkbox"/> 4年以上 |
| 受講方法         | 会場での受講<br>オンライン受講希望の方はインターネットからお申込みください |                                |                               |

講義で聞きたい内容をご記入ください。

## ■ インターネットでのお申込み

・下記URL(二次元コード)より申込専用ページにアクセスし、申込をお願いします。

※WEBでの受講を希望する方は必ず申込専用ページからの申込をお願いします。

(会場参加ご希望の方もインターネットでの申込も可能です)

※お預かりした個人情報は、参加者名簿の作成・管理等、本研修に関連する目的のみに使用し、他の目的で使用することはありません。

※個人情報の取り扱いについては、横浜市社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針」に基づいて、適切にその管理を行います。

### 研修会場 地図

横浜市健康福祉総合センター  
(住所：中区桜木町 1-1)

【申込ページはこちら】

