

# 令和 7 年度 福祉職員向けセミナー 申込用紙

|                                                                                                                                                 |      |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
| 施設・事業所名                                                                                                                                         | フリガナ |            |
| 申込者<br>(代表者)                                                                                                                                    | 役職   | フリガナ<br>氏名 |
| 所在地および電話番号<br>〒      —      Tel (      )      —                                                                                                 |      |            |
| 希望研修名 (いずれかに○)<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>・介護技術スキルチェック研修</span> <span>・福祉職員スキルアップ研修</span> </div> |      |            |
| 希望する内容 (具体的に実施して欲しい内容をご記入ください)                                                                                                                  |      |            |
| その他通信欄 (希望日時・時間・会場 (または Zoom) のご相談・参加予定人数 等)                                                                                                    |      |            |



**【お申込み・お問い合わせ先】**  
 学校法人 弘前城東学園  
 弘前医療福祉大学短期大学部  
 福祉職員向けセミナー 係 (担当：中村直樹)

☎0172(27) 1001

FAX 0172(27) 1023