

平成29年度 公開講座 受講申込書

【申込期間：平成29年8月1日（火）～9月7日（木）】

※おひとり様毎に1枚をお願いします。

※受講不可の場合のみご連絡します。



ふりがな			
氏名			
連絡先		(いずれかに○を記入) 本人自宅 ・ 所属 〒	
		電話番号	ファックス番号
所属	名称		
	区分 (いずれかに○を付けてください)	1 養成機関    2 医療機関    3 特別養護老人ホーム 4 介護老人保健施設    5 介護サービス関連事業所・居宅介護支援事業所 6 その他老人福祉施設    7 身障者更生援護施設    8 保育所 9 障害児施設    10 その他児童福祉施設    11 知的障害者援護施設 12 地域作業所    13 グループホーム    14 その他社会福祉施設 15 社会福祉協議会    16 行政機関    17 教育機関    18 実践教育センター 19 保健福祉大学    20 その他    21 なし	
職種 (いずれかに○を付けてください)		1 養成機関の専任教員    2 看護職員    3 保健師 4 リハビリ関連職員    5 栄養士    6 医師、歯科医師    7 薬剤師 8 歯科衛生士    9 衛生監視員    10 介護・介助職員・生活援助・指導員 11 介護支援専門員    12 相談員    13 ホームヘルパー(訪問介護員) 14 保育士    15 その他福祉職員    16 教諭・養護教諭    17 学生 18 本学(当センター)教職員    19 その他    20 なし	
講師への質問事項等がありましたら、ご記入ください。			

※ 実践教育センターでは、保健福祉大学個人情報の取扱方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

**申込方法：** 当センターホームページよりフォームメール、郵送またはFAXにてお申し込み下さい。

◆**郵送：** 〒241-0815 横浜市旭区中尾1-5-1

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 公開講座係

◆**FAX：** 045-366-5803