**【申込期限：令和７年2月４日（火）】**

秋田県福祉保健人材・研修センター行き（送信票不要）

**ＦＡＸ：０１８－８６４－２８７７**

令和　年　　月　　日

**令和６年度福祉・介護事業所採用力アップセミナー**

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法 人 名 | |  | | | |
| 事業所名 | |  | 申込者  職氏名 |  | |
| 連 絡 先 | | **〒**  **ＴＥＬ:　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ:** | | | |
| 受  講  希  望  者  ① | ふりがな |  | | | |
| 職名及び氏名 |  | | | |
| 使用する端末の  E-mail【必須】 | **＠** | | | |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** | | | |
| 受  講  希  望  者  ② | ふりがな |  | | | |
| 職名及び氏名 |  | | | |
| 使用する端末の  E-mail【必須】 | **＠** | | | |
| 接続テスト参加の有無 | **参加する　・　参加しない** | | | |
| **同意事項** | | **実施要項１４に記載の「お申し込みに当たっての同意事項」に同意しますか。同意する場合は、右欄にチェックしてください。** | | | **□ 同意する** |

※申込者が多数の場合は、各事業所１名のみの参加となる場合がありますので、同一事業所から複数の方が

受講を申込む場合は、あらかじめ優先順位を決めて、その順番に御記入ください。

※接続テスト：令和７年2月１８日(火)　午後２時～午後3時（所要時間１０分程度）

〔担　　当〕

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

施設振興・人材・研修部　人材確保担当／伊藤

〒010-0922 秋田市旭北栄町１－５

秋田県社会福祉会館 ５階

（Tel）018-864-3161　（Fax）018-864-2877

（E-mail）jinzai@akitakenshakyo.or.jp