**e-mailに添付し下記までお送りください**

**愛知県老施協事務局**

[**aichi@airokyo.com**](mailto:aichi@airokyo.com)

**2024年度愛知県介護力向上講習会【WEB研修】参加申込書**

　 年 月 日

施設名

住所　〒　　　　　―

TEL　　　　　　　　　　　FAX

Emailｱﾄﾞﾚｽ

参加区分（どちらかに○を付けて下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| ① 特養 課題提出必要  （86,000円コース） | ② 特養以外 課題提出なし  （66,000円コース） |

コアメンバー用（経験年数は、介護の職場での経験年数を記載してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 名 | 氏　　　名 | 経験年数 |
|  |  | 年　　 　月 |
|  |  | 年　　 　月 |
|  |  | 年　　 　月 |

※参加申込は、**2024年4月10日（水）**までにお願いします。

愛知県老人福祉施設協議会事務局

住所　愛知県長久手市蟹原2112 メゾンドグラース2Ｆ号室

TEL 0561-61-0294

**e-mail** [**aichi@airokyo.com**](mailto:aichi@airokyo.com)