FAX送信先　０４２－８６０－６０７３

メール送信先　info@machida-kjkc.jp

町田市介護人材開発センター

町田市合同入職式・新入職員研修

参 加 申 込 書

申込日：2025年　　　月　　　日

【担当者連絡先など】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 申込み担当者名（役職） |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス | ＠ |

【参加者】　※参加者名の“フリガナ”は忘れずにご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | a、bどちらかに○をしてください | フリガナ参加者名 | 所属施設事業所名 | 職種 | 入職時期 |
| 1 | a）入職式と研修**b）入職式のみ** |  |  |  | 年　　月 |
| 2 | a）入職式と研修**b）入職式のみ** |  |  |  | 年　　月 |
| 3 | a）入職式と研修**b）入職式のみ** |  |  |  | 年　　月 |
| 4 | a）入職式と研修**b）入職式のみ** |  |  |  | 年　　月 |
| 5 | a）入職式と研修**b）入職式のみ** |  |  |  | 年　　月 |

【同席者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ同席者名 | 所属施設・事業所名 | 職種 | 備考参加者とのご関係など |
| 1 |  |  |  |  |

※申込書を受領後、メールで連絡します。メールが届かない場合は必ず事務局にご連絡

ください。