令和６年度 アンガーマネジメント研修
受講申込書

令和６年　　月　　日

勤務先	法 人 名				
	事業所名				
	事業所種別	介護保険・老人福祉施設（　　） 社会福祉協議会（　　） 障害福祉サービス事業所（　　） 児童施設（　　） その他（　　）			
	連 絡 先	住 所	〒		
		電 話		FAX	
	記入者職・氏名				

受講希望者	氏 名	（ふりがな　　）
	職 種	
	福祉職歴 〈通算〉 （令和６年７月１日現在）	年　　ヶ月
	本研修への参加について該当するものに☑をつけてください	☐ 所属の上司等からの指示で参加（職務命令、経費等は所属負担） ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は所属負担） ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は自己負担） ☐ その他（　　）

【備考】

◎申込締切日：令和６年７月１９日（金）

富山県福祉カレッジ 教務課 川崎 宛　　ＦＡＸ：０７６－４３２－６５１６