

## 参加申込書

FAX.089-921-3398

申込日： 月 日

申込者情報	法人等名			
	事業所名			
	ふりがな			役職名
	氏名			(例：介護職員・生活支援員・保育士など)
	年齢	歳	入職からの年数	年 月
事業所連絡先	住所	〒 -		
	電話番号		FAX	
	メールアドレス	@		
所属長等の参加	<input type="checkbox"/> 参加する ※下記に参加者詳細を記入		<input type="checkbox"/> 参加しない	
	ふりがな			役職名
	氏名			
<b>事業所種別等</b>				
<input type="checkbox"/> 高齢者福祉関係施設 (事業所種別： ) <input type="checkbox"/> 障がい者福祉関係施設等 (事業所種別： ) <input type="checkbox"/> 児童福祉関係施設等 (事業所種別： ) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他の施設等 (事業所種別： )				
※該当するところに☑をつけ、事業所種別(例：特別養護老人ホーム等)をご記入ください。				
<b>本入職式を知った方法</b>				
<input type="checkbox"/> HP・SNS <input type="checkbox"/> 事業所あての案内(郵送) <input type="checkbox"/> 各関係団体からの案内 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
※該当するところに☑をつけ、( )には詳細をご記入ください。				
通信欄				

●本申込書で取得した個人情報については、入職式の運営以外の目的では使用しません。

### その他ご注意ください

※原則、スーツ着用でご参加ください。  
 ※会場内では、参加者を含めた写真や動画撮影を行い、報告書への掲載を予定しています。  
 また、取材メディアによるテレビ、新聞、雑誌、Webなどに掲載される場合がありますので、あらかじめご了承ください。

