

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：H30.9/28(金)

## 平成 30 年度リスクマネジメント研修 I 受講申込書

記入日：平成 30 年 月 日

○受講者情報（受講決定通知書送付先）

ふりがな				性別
氏名				男・女
ふりがな		ふりがな		
法人名		事業所名		
福祉職経験年数（H30.9月未現在）		役職名		
年 月				
希望会場 ※○で選択してください。			島根県社会福祉協議会の（○で選択）	
浜田（10/31）	松江（11/1）	会員・非会員		
所在地・ 連絡先 (決定通知送付先)	〒 -			
	TEL	— —	FAX(緊急連絡先)	— —
	連絡担当者：			

○受講者事前アンケート

①本研修で身に付けたいこと、期待することは何ですか？（開催要項の内容をご確認ください。）
②仕事でどのようなことにお困りですか？

※記載された個人情報は、本研修会以外の目的には使用しません。