【島根県福祉人材センター宛　FAX0852-32-5956】申込締切　１０月１２日（金）

平成30年度島根県福祉サービス第三者評価調査者継続研修

受　講　申　込　書

ふりがな			生　年　月　日	
申込者氏名			昭和 年　月　日生 平成	
現 住 所	〒 電話（　　）　－　　FAX（　　）　－			
調査者区分 （該当に○）	１．組織管理　　２．保健、医療、福祉等			
所属（予定） 評価機関	名　称			
	所在地等	〒 ・電話（　　）　－ ・緊急連絡先 FAX（　　）　－		
評価経験の有無 （平成29年度及び30年度）		有　・無	評価経験有に○を記入した方のみ実績件数を記入	H29　　件 H30　　件
開催要項の【参加対象】３の方 昨年受講できなかった理由				

◆研修の中で聞いてみたい内容があればご記入ください。
（事前に講師へ送付しますが、研修の中で全てにお答えいただけない場合もございます。
ご了承ください。）

（訪問時における問題点など、評価をする上で講師に聞きたい内容等があればご記入ください）

※　この申込書に記入された個人情報は、本研修以外の目的に使用しません。
※　同一機関から複数ご参加の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。