

送付先： FAX 0852-32-5956 島根県福祉人材センター行（添書不要）【申込〆切： 6月10日(月)17時必着】

令和元年度 相談支援従事者初任者研修 受講申込書（前期 2日間受講用）

【サービス管理責任者基礎研修・児童発達支援管理責任者基礎研修受講予定者】

ふりがな		生年月日	同一事業所から複数名 申込む場合の優先順位
氏名		昭和 平成 年 月 日	人中 番目
現勤務先(送付先)	法人名		現在の 職種
	事業所名		
	所在地等	〒 TEL () - FAX(緊急連絡先) () - 申込担当者	
配慮すべき 事項	1. 車椅子席の用意 2. 同行介助者席の用意(本人と隣の席である必要 有・無) 3. 手話通訳 4. その他 ()		
前期会場 ※○で選択	松江	浜田	

※ 今年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修を受講希望の方は別途案内する「令和元年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修」の申込書にてお申込みください。なお、受講要件がありますので、希望の方は、本会ホームページにおいて、予めご確認ください。

※ この申込書に記入された個人情報、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。