

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：9/20(金)

## 令和元年度リスクマネジメント研修Ⅰ～一般コース 受講申込書

記入日：令和元年 月 日

○受講者情報（受講決定通知書送付先）

ふりがな		性別	優先順位＊同一事業所から複数の場合
氏名		男・女	( )人中( )番
ふりがな		ふりがな	
法人名		事業所名	
福祉職経験年数（R1.9月末現在）		役職名	
年	ヶ月		
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）	
松江（10/16）	浜田（10/25）	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

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。）
---

※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。