

【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Ⅱ～管理コース 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	法人が島根県社会福祉協議会会員
年 月			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。