

令和2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31年度・令和元年度 及び令和2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	H31. R1 件 R2 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、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。