

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：10/30(金)

令和2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： 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（R2.3月末現在）		役職名	島根県社会福祉協議会の（○で選択）
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

※職場のリスクマネジメントについて、知りたいこと、不安に思っていることはどのようなことですか。

※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。