

令和3年度「リスクマネジメント研修Ⅰ」

～ 一般職コース ～ 受講申込書

記入日： 年 月 日

申込み締切：11/5(金)

○受講決定通知書送付先

法人名			
所在地 (受講決定通知送付先)	〒 -		
TEL		FAX (緊急連絡先)	
連絡担当者	島根県社会福祉協議会の会員・非会員 (○で選択)		
	会員 ・ 非会員		

○受講者情報

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
事業所名		役職名	福祉職経験年数(R3.10月末現在)
			年 月
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など。			

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
事業所名		役職名	福祉職経験年数(R3.10月末現在)
			年 月
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など。			

※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。