

令和4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 (令和2年度及び令和3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	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。