

※本票のみFAX送信してください。
※メール添付での返信による申込みは受付できません。

◇受付No. (研修センター記入欄)

大分県社会福祉介護研修センター

FAX (097)552-6868

締切:令和3年6月18日(金)17:00までに必着

令和3年度 サービス計画担当者研修(応用課程) 【実践コース】

受講申込書

ふりがな 氏名	生年月日	性別	計画担当者としての 経験年数	修了年度	※該当する方に ○印をしてください
	昭和・平成 年 月 日	男・女	年 ヶ月	サービス計画担当者研修 (基礎課程) ()年度修了 今年度修了見込み	通所介護事業所 訪問介護事業所
職種	保有資格				
	社会福祉士・社会福祉主事・介護支援専門員・介護福祉士・看護師・OT・PT・その他				
	マニュアル冊子購入希望	する・しない	※該当する方に○をしてください。		

事業所郵便番号	〒
事業所住所	
法人名	
事業所名	
研修担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

【受講申込者(管理者)記入欄】

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

役職名 _____ 氏名 _____

※記載された受講者に関する個人情報は、受講者の名簿の作成や演習時の班分け等、研修事業関連の目的にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。