

北海道福祉サービス第三者評価事業 2017年度評価調査者養成研修受講申込書

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|-------------|--|
| 今 回 の 受 講 希 望 | 受講分野 | <input type="checkbox"/> a.組織運営管理分野 <input type="checkbox"/> b.保健医療福祉分野 <input type="checkbox"/> c.総合(組織運営管理分野及び保健医療福祉分野) | | |
| | | 第1希望(必須) | 第2希望(必須) | |
| | 受講コース | <input type="checkbox"/> 障がい者・児入所施設コース <input type="checkbox"/> 保育所コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護施設コース | 受講コース | <input type="checkbox"/> 障がい者・児入所施設コース <input type="checkbox"/> 保育所コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護施設コース |
| 受 講 者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | 連絡先住所 | (〒 -) | | |
| | 連絡先種別 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等(名称を下欄に記載) () | 連絡先 電話番号 | () |
| | 現在の勤務 | <input type="checkbox"/> 勤務なし <input type="checkbox"/> 勤務あり(勤務先名称を下欄に記載(任意)) () | | |
| | 自宅所在地 市町村名 | 勤務先所在地 市町村名 | | |
| 希望する受講日 | <input type="checkbox"/> 1日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 2日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 1・2日目受講 <input type="checkbox"/> 4日間受講 | | | |

上記のとおり、受講を申し込みます。

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構代表者 様

(受講申込者氏名) _____ 印

(受講申込者所在地)

〒
