

## 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)

〒

---