

FAX送信票 (送信票不要)

鹿児島県社会福祉士会事務局 行き (FAX 099-213-4051)

平成28年度障害者虐待防止・権利擁護研修申込書

下記の通り「障害者虐待防止・権利擁護研修」に申込みます。

申込年月日：平成 年 月 日

事業所名		
住所	〒 ー	
電話番号		
FAX		
ご担当者氏名	(フリガナ)	
申込者氏名 (フリガナ)	受講希望日 (希望の日程を○で囲んでください)	職種
		分科会参加希望コース (該当する方を○で囲んでください)
(フリガナ) 氏名	10日 ・ 11日	(1) 従事者、管理者コース (2) 窓口職員コース
(フリガナ) 氏名	10日 ・ 11日	(1) 従事者、管理者コース (2) 窓口職員コース
(フリガナ) 氏名	10日 ・ 11日	(1) 従事者、管理者コース (2) 窓口職員コース

※職種は必ず記載してください。

※本研修は同一内容の研修を2日間行いますので、いずれか1日受講してください。