

北海道福祉サービス第三者評価事業 2019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	☐ a.組織運営管理分野 ☐ b.福祉医療保健分野 ☐ c.総合(組織運営管理分野及び福祉医療保健分野)						
	第1希望(必須)		第2希望(必須)					
	受講コース	☐ 障がい者・児入所施設コース ☐ 保育所コース ☐ 高齢者福祉コース ☐ 救護施設コース	受講コース	☐ 障がい者・児入所施設コース ☐ 保育所コース ☐ 高齢者福祉コース ☐ 救護施設コース				
受 講 者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							
	連絡先住所	(〒 —)						
	連絡先種別	☐ 自宅 ☐ 勤務先等(名称を下欄に記載) 	連絡先 電話番号	()				
	現在の勤務	☐ 勤務なし ☐ 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		☐ 1日目のみ受講 ☐ 2日目のみ受講 ☐ 1・2日目受講 ☐ 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)

〒
