

令和元年度 愛媛県障がい者相談支援従事者現任研修 受講申込書

令和元年 月 日

【記入上の留意点】・文字ははっきりと楷書で記入してください。 ・住所は必ず郵便物等を受け取れる場所を記載してください。

ふりがな		性別	男 ・ 女		
氏名		生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	
自宅住所等	〒 ー				
	TEL				
所属	事業所名称 ※行政職員の場合は、 市町名および所属	法人名			
		事業所名	職名		
	事業所住所 連絡先	〒 ー			
		TEL	FAX		
	事業所の サービス種別		主な 対象者	身体 ・ 知的 ・ 精神 児童 ・ その他	
相談支援従事者 初任者研修 修了年度	1. 愛媛県での研修 (平成 年度修了) 2. 愛媛県以外での受講 (平成 年度修了) (受講場所:)				
相談支援従事者 現任研修 修了年度	1. 愛媛県での研修 (平成 年度修了) ※直近の修了年度をご記入ください。 2. 愛媛県以外での受講 (平成 年度修了) (受講場所:)				
必要な配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など、具体的に記入してください。)				
備考					

※ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。

上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。

なお、氏名・勤務先を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。差し障りのある場合は、備考欄にその旨ご記入ください。