一般社団法人愛媛県社会福祉士会

|  |
| --- |
| **令和７年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（２日課程） 受講申込書** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 受講決定通知が受信できるメールアドレス |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 携帯電話等連　絡　先 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属先 | 事業所名称 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所連　絡　先 | 〒　　　－ |
| TEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| サビ管・児発管基礎研修受講の有無 | 該当する番号に○をつけてください。１．令和７年度に受講予定　　２．来年度以降で受講予定　　３． 受講済 |
| 備　　考 |  |

【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。

＊基本的に、郵便物は事業所住所へ送付します。ご都合が悪い場合、備考欄にその旨記載してください。

＊現在、勤務先がない場合、所属先欄は空欄で構いません。

＊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。