

(申込書)

平成29年度 兵庫県相談支援を“つなぐ”研修 受講申込書

申込日：平成30年 月 日

フリガナ				性別
受講希望者氏名 (楷書で記入)	姓	名		男 ・ 女
勤務先法人・ 事業所名称	法人名	勤務先 電話番号		
	事業所名	日中連絡で きる電話番号		
勤務先住所	〒			
上記事業所のサービス種別				
保有資格 ※どちらかに○をつけ、該当の矢印に進んでご記入ください				
相談支援専門員		介護支援専門員		

介護支援専門員登録番号を記入してください

--	--	--	--	--	--	--	--

研修受講証明書の発行

☐希望する
☐希望しない

※どちらかにチェックをお願いします。チェックがない場合は、希望しないものとして取り扱います。研修当日、研修終了後にお申出いただいても発行いたしません。

受講希望日程 (希望回を○で囲む)	第1回	第2回
	平成30年 2月 26日(月) 13:00～(受付12:30～)	平成30年 3月 19日(月) 9:00～(受付8:30～)
通算実務経験 ※約〇〇年で構いません		
相談支援専門員 【 】年 介護支援専門員 【 】年		

研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他 (具体的に記載)			

お申し込み方法は、本申込書を郵送かFAXでお願いいたします。

【郵送先】

〒651-2181 神戸市西区曙町1070
 社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
 福祉のまちづくり研究所 研修課

(※「相談支援をつなぐ研修申込書在中」と朱書きのこと)

【FAX 番号】

078-925-4657