郵送用

2020年度 相談支援従事者専門コース別研修
（地域移行・定着）受講申込書

法　人　名

代 表 者 名
（職名）

法人所在地　〒　　－

担 当 者 名

電 話 番 号　（　　）　　－

下記の者について、相談支援従事者専門コース別研修（地域移行・定着）を申し込みます。

記

ふりがな		性 別	生年月日（西暦）
氏　　名		男・女	19　　年　　月　　日生
メールアドレス			
申込対象区分 (該当する番号に〇)	1　市町職員 2　保健所職員（健康福祉センター職員） 3　精神科病院職員 4　相談支援従事者初任者研修修了者 5　一般相談支援事業所において地域移行・定着支援に従事する者 6　サービス管理責任者等研修修了者 7　その他（相談支援業務に関心がある者）		
現所属事業所	（住所）〒　　－ （事業所名） （代表者　職名） （電話番号）　　（FAX番号）		
受講料振込(予定)日	＿＿＿＿月　＿＿＿＿日 振込(予定)		
配慮すべき事項 ※ ある場合 記入	● 車いす ・ その他（　　） ● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　）		
その他	● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合 1　ある（具体的に　　）　　2　ない		