郵送用

2021年度 相談支援従事者 サビ管等 専門コース別研修（スーパービジョン技術）受講申込書

令和　　年　　月　　日

法 人 名
代表者名
（職 名）
法 人 所 在 地　（〒　　－　　）

電話番号

※現在、開設準備等で法人等の所属がない場合は、個人で申し込むことが可能です。
法人情報の記入欄に個人情報を記入してください。

下記の者について、相談支援従事者専門コース別研修（スーパービジョン技術）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
現在の職種	1．相談支援専門員　　2．サービス管理責任者 3．児童発達支援管理責任者 4．その他（　　）		
現所属事業所	（〒　　－　　） （所在地 ※市町村名のみ）: （事業所名）:		
受講料振込（予定）日	＿＿＿月 ＿＿＿日 振込（予定）		

【事務局からの郵便物を受け取るにあたり希望する宛先等】

1（　）法人所在地　　2（　）事業所所在地（※記入）　　3（　）法人・事業所以外（※記入）

※ 2･3 の場合のみ記入
（〒　　－　　）
住所：
宛名：

【事務局からの問い合わせを受けるにあたり希望する各項目】

・担当者：　　・メール：

・ＴＥＬ：　　・ＦＡＸ：

確認事項	● 配慮すべき事項（ある場合のみ記入） ・車いす ・ 介助者の同席 ・ その他（　　） ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコン出力で注意が必要な漢字 1　ない　　2　ある（具体的に　　）