

FAX送信票

019-681-2514

【申込締切:令和3年9月13日(厳守)】

社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団 事務局業務推進課 行き

※添書不要

令和3年度 岩手県医療的ケア児等コーディネーター等養成研修会

— 受講申込書 —

1 研修種類(該当する研修種類に✓を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	支援者研修 10/30・11/1	<input type="checkbox"/>	コーディネーター養成研修 10/30・11/1・12/11・12/12
--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------------

2 研修参加者所属・職・氏名

事業所名			
職名	経験年数	年	力月
フリガナ		昭和・平成	
氏名	生年月日	年	月 日生
障害等による配慮	要()	不要	

3 研修連絡担当者(申込者)

事業所名			
事業所所在地	〒 -		
職名	電話	-	-
氏名	F A X	-	-
メールアドレス			

4 研修資料送付先 ※事業所所在地と異なる場合のみ記載ください。

宛名	住所	〒 -
----	----	-----

5 現在の計画作成件数

サービス等利用計画及び障害児支援利用計画を現在作成している件数	<input type="checkbox"/> 作成している()件 <input type="checkbox"/> 作成していない
---------------------------------	--

※ご記入いただいた個人情報は、本研修の運営及び統計資料の作成に限って使用いたします。ただし、新型コロナウイルス感染症が確認された場合は、必要に応じて、氏名、連絡先等の個人情報を関係機関に提出させていただきますことをご了承ください。