

(別紙2) 申込書 郵送先 (郵送または持参)
〒849-0935 佐賀市八戸溝1丁目15番3号
公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 徳山・三角 行

事務局整理番号
【 _____ 】

平成29年度佐賀県サービス管理責任者等研修 受講申込書

平成 年 月 日

申込者名 _____

電話番号 _____

ふりがな			生 年 月 日
氏 名			昭和・平成 年 月 日
受講可否等 送付先住所	(自宅・勤務先 ※どちらかに○) 〒 - (勤務先名:) <small>※送付先が勤務先の場合、記入</small>		連絡先(日中連絡がとれる連絡先) 電話: () Fax: ()
希望分野 ※希望分野に「○」をつけて下さい➡	<input type="checkbox"/> 地域生活(身体)	自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 地域生活(知的・精神)	自立訓練(生活訓練)、共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> 就労	就労移行支援、就労継続支援(A型・B型)	
	<input type="checkbox"/> 児童	児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援 障害児入所支援	年 月 (児童関係での経験年数をお書きください。)
<input type="checkbox"/> 介護	療養介護、生活介護		
受講対象 ※該当項目に「○」をつけて下さい➡ 実施要項4の(2)参照	<input type="checkbox"/> (ア) ①	実務経験	通算 年 月 (2017年10月現在)
	<input type="checkbox"/> (ア) ②		
	<input type="checkbox"/> (ア) ③	職 種	
	<input type="checkbox"/> (イ)		
所 属 等	正式名称		
	住所	〒 -	電話: () Fax: ()
備 考	受講者の障害の有無 無 ・ 有 () <small>※有の場合は障害の種類を記入して下さい。車椅子の必要性等、事前に配慮すべき事がありましたらご記入下さい。</small>		

注) 平成29年11月17日(金)迄【当日消印有効】

※上記期限後の申込書は受付ません。