

申込先

FAX 03-5211-8715 福祉経営ネットワーク 宛

## 福祉従事者研修2 受講申込書

期日： 6月18日(火)「発達障がいを学ぶ」

### 【ご所属】

年 月 日

所在地	〒 - Tel ( ) / Fax ( )
施設・事業所名	
種 別	
事務担当者氏名	

### 【受講希望者】

※3名以上の場合は申込書をコピーしてお使いください。

ふりがな		役 職	
氏 名		職 種	
		実務経験年数	年 カ月
ふりがな		役 職	
氏 名		職 種	
		実務経験年数	年 カ月

### 【事前アンケート】

テーマに関して課題に感じていること、困っていること、お聞きになりたいこと等お聞かせください。

--

【申込締切日】2019年5月29日(水)

※申込書に記載していただく情報は、研修内容・構成の参考にすものであり、個人情報保護法等の趣旨を踏まえて当法人が管理し、研修の目的以外には使用いたしません。