

FAX 送信先	総合研修センター 研修担当 宛 申込締切 1月6日(月)	FAX: 044-223-6598
------------	---------------------------------	-------------------

研修申込書

研修番号	A-7	研修テーマ	医療的ケア児 当事者・家族・支援者のつながり		
所属種別	<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 障害・ <input type="checkbox"/> 児童・ <input type="checkbox"/> その他 () (1つだけ✓をしてください)				
フリガナ					
氏名					年齢(例: 50代) _____ 代
勤務先名称	※福祉の現場で働く方を対象とした講座です。必ずご記入ください。				
領収書宛名	※受講料の領収書宛名となります。正確にご記入ください。勤務先と同じ場合は、記入不要。				
通知文送付先	〒 _____			<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 勤務先 (どちらかに✓)	
電話			FAX		
メールアドレス					
◆◆ 申込者情報 それぞれの項目について、複数該当の方は全てに✓してください ◆◆					
勤務先の種類	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ()				
従事経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年～10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上				
事前アンケート	<p>1 今回の研修について、どのようなことが知りたいですか。または、講師への質問がありましたらご記入ください。</p> <p>2 今回の研修はどのような媒体で知りましたか。 <input type="checkbox"/>総合研修センターホームページ <input type="checkbox"/>案内チラシ <input type="checkbox"/>市のメール配信 <input type="checkbox"/>所属からのすすめ <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>3 合理的配慮を希望する方は、具体的内容を箇条書きでご記入ください。 ※確認のご連絡、研修関係者での個人情報の共有について予めご了承ください。</p>				

個人情報の保護について…当研修の申込に関して事務局が知り得た住所・電話番号等の個人情報は、適切な研修事業の運営のために活用いたします。