

平成27年度 熊本県サービス管理責任者等スキルアップ研修
受講申込書

記入例

熊本県サービス管理責任者等スキルアップ研修について、下記のとおり受講を申し込みます。

平成27年 10 月 10 日

ふりがな 受講者氏名	ざいだん はなこ		
	財団 花子		
生年月日	(S) ・ H 45 年 6 月 7 日	性別	男 ・ (女)
所属	法人名 社会福祉法人 ○○会 事業所名 生活介護事業所 ○○○○		
事業所所在地	(〒 862 - 0926) 住所 熊本市中央区保田窪1-10-38 TEL 096-285-7010 FAX 096-386-7127 ※受講決定(不決定)通知はFAXにて送信しますので、必ず記入してください。		
サービス管理責任者等として 従事している期間 (申込時点)	5 年 7 ヶ月	事業所内 優先順位 (複数名申込の場合)	1 / 3 人中
サービス管理責任者等研修修了年度	介護分野	平成 22 年度	
	就労分野	平成 24 年度	
	地域生活(知的・精神)分野	平成 年度	
	地域生活(身体)分野	平成 年度	
	児童発達支援管理責任者研修(児童分野含)	平成 年度	
現在、サービス管理責任者等として実務にあっているサービス	療養介護	(生活介護)	
	自立訓練(機能訓練)		
	自立訓練(生活訓練)	共同生活援助	
	就労移行支援	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)
	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

送付先:(郵 送)公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部
サービス管理責任者等スキルアップ研修係
〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38
(FAX) 096-386-7127

平成27年度 熊本県サービス管理責任者等スキルアップ研修
受講申込書

熊本県サービス管理責任者等スキルアップ研修について、下記のとおり受講を申し込みます。

平成27年 月 日

ふりがな 受講者氏名			
生年月日	S · H 年 月 日	性別	男 · 女
所属	法人名 事業所名		
事業所所在地	(〒 -) 住所 TEL FAX ※受講決定(不決定)通知はFAXにて送信しますので、必ず記入してください。		
サービス管理責任者等として 従事している期間 (申込時点)	年 月	事業所内 優先順位 (複数名申込の場合)	/ 人中
サービス管理責任者等研修修了年度	介護分野	平成	年度
	就労分野	平成	年度
	地域生活(知的・精神)分野	平成	年度
	地域生活(身体)分野	平成	年度
	児童発達支援管理責任者研修(児童分野含)	平成	年度
現在、サービス管理責任者等として実務にあたるサービス	療養介護 生活介護		
	自立訓練(機能訓練)		
	自立訓練(生活訓練) 共同生活援助		
	就労移行支援 就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型)		
	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		

送付先:(郵 送)公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部
サービス管理責任者等スキルアップ研修係
〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38
(FAX) 096-386-7127