

申込締切 12月26日

平成29年度経営者支援セミナー
受 講 申 込 書

※ 太枠内のみ記入

整理番号 (記入不要)	第 号 ()	申込日	平成 年 月 日
勤 務 先	ふりがな		
	法人等の名称		
	事業種類	機関（事業所等）の種別（該当するものに○をつけてください） <高齢者関連> A. 養護老人ホーム B. 特別養護老人ホーム C. 軽費老人ホーム D. 有料老人ホーム E. 介護老人保健施設 F. デイサービスセンター G. 地域包括支援センター H. 認知症高齢者グループホーム I. 小規模多機能型居宅介護 J. 訪問介護事業所 K. 居宅介護支援事業所 L. その他 () <障害者(児)関連 知的障害・身体障害・精神障害> M. 障害者支援施設 N. 日中活動に関する事業を実施する事業所 O. グループホーム P. 障害児関連施設 Q. その他 () <保育> R. 保育園 S. 認定こども園 <その他> T. 保護施設 U. 児童関連施設 V. 市町村社会福祉協議会	
	問合先担当者		
	所在地	〒 市・郡 町・村	
	TEL	-	
	FAX	-	

参加者	No.	ふりがな 氏名	性別	事業所名	職名及び役職	希望コース 希望する研修会名に ○をご記入ください。
	1	ふりがな 氏名	男・女			1. 離職防止環境整備研修会 2. メンタルヘルス研修会
2	ふりがな 氏名	男・女			1. 離職防止環境整備研修会 2. メンタルヘルス研修会	
3	ふりがな 氏名	男・女			1. 離職防止環境整備研修会 2. メンタルヘルス研修会	

※ 演習がありますので欠席されるかたは必ず1月12日(金)までに本センターへ連絡
ください。

※ 定員を超えた場合、一法人または一事業所あたりの受講者数を調整させていただく場合があります。その際は、問合先担当者へ御連絡いたしますので、あらかじめ御了承ください。

※ 受講決定については、申込多数により御参加いただけない場合のみお知らせいたしますので、特に連絡がなければ受講できます。