

様式 2

**平成 29 年度 熊本県相談支援従事者専門コース別研修受講申込書  
(行政用)**

フリガナ 受講者氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女
市町村名			
所属			
業務内容			
連絡先	(〒 - ) 住所 TEL FAX		
相談支援業務に従事している 期間 (申込時点)	年 ヶ月	市町村内 優先順位	人中
相談支援 従事者研修 受講修了年度	初任者研修受講修了年度 平成 年度 (※) 現任研修受講修了年度 (直近) 平成 年度 ・ 未受講 (※) 全日程 (5日間) 又は演習のみ (3日間) の受講修了年度を記載すること。		

送付先：(公財) 総合健康推進財団 相談支援従事者研修係  
〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38  
FAX 096-386-7127