

平成30年度 熊本県障害福祉サービス等従事者基礎研修【事業者研修】
受講申込書

記入例

平成30年 8月10日

ふりがな 受講者氏名	くまもと たろう		
	熊本 太郎		
生年月日	(S)・H 45年 6月 7日	性別	(男)・女
事業者名 (法人名)	社会福祉法人〇〇〇	法人設立 年月日	H 29年 6月 7日
事業所名	障害者支援施設△△△	指定日	H 29年 7月 1日
事業所指定番号	43 <u>12345678</u>		
事業所種別 ※該当するもの に○	居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、 <u>生活介護</u> 、短期入所、施設入所支援、 自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、GH、相談支援、 児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設		
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		
現在の職種 ※1~4のいずれ れかに○。 ※4の場合、職種 名(サービス管理 責任者等)を記 載。	① 法人代表 2 法人役員 3 事業所の管理者 4 その他(職種等:)		
質問等(共通的な事項に限る) 例: 管理者及びサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の責務とは? 人員欠如減算について等			

送付先: 公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部

〒862-0926

熊本市中央区保田窪1-10-38

FAX 096-386-7127