

平成28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

平成28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
事業者名 (法人名)	法人設立 年月日	S · H 年 月 日	
事業所名	指定日	S · H 年 月 日	
事業所指定番号	43 _____		
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、生活介護、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	(〒 _____) 住所 TEL _____ FAX _____		
現在の職種 ※1～4のいずれかに○。 ※4の場合、職種名(サービス管理責任者等)を記載。	1 法人の代表 2 法人の役員 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