

【別紙1】

受付NO.	
-------	--

令和元年度「福祉サービス第三者評価調査者」継続研修 受講申込書
(評価機関申込用)

大阪府社会福祉事業団 福祉サービス第三者評価調査者研修事務局 あて

認証番号	
評価機関名	
評価機関住所	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
担当者名	

下記の評価調査者について継続研修への参加を申し込みます。

1 人 目	申し込む研修会 (当てはまる方に○)	『基礎編』(2月20日) ・ 『スキルアップ編』(3月10日)		
	ふりがな 受講者名		生年月日	年 月 日
	修了証番号	高齢福祉分野	障がい福祉分野	児童福祉分野

2 人 目	申し込む研修会 (当てはまる方に○)	『基礎編』(2月20日) ・ 『スキルアップ編』(3月10日)		
	ふりがな 受講者名		生年月日	年 月 日
	修了証番号	高齢福祉分野	障がい福祉分野	児童福祉分野

※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。

※本紙で2名まで申込みできます。不足する場合は本紙をコピーしてご使用ください。

※申込書にご記入いただいた個人情報については、個人情報保護法令を遵守し、福祉サービス第三者評価事業以外の目的には使用しません。(ただし、受講を推薦した評価機関への情報提供はこの限りではありません)