

令和8年度長崎県相談支援従事者専門コース別研修

【意思決定支援研修会 受講申込書】

FAX : 0957-47-5884

(送付状は不要です)

令和 年 月 日

標記研修の受講申し込みます。

(受講者氏名) ※ 申込者が複数の場合は、コピーしてご使用下さい。

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	S ・ H 年 月 日
現勤務先	法人名		
	事業所名		
	所在地		
	連絡先	電話	FAX
緊急連絡用	メールアドレス	@	
現職種 (いずれかに○)	1	相談支援専門員	
	2	その他 (職種 :)	
備考	※障害があるため特別な措置が必要な方は記入ください (車椅子利用など) (詳細について直接確認をとらせていただく場合があること、十分に対応できない場合があることを予めご了承ください)		