

平成29年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

第2回サービス提供責任者研修会

訪問介護のグレーゾーン

参加申込書（会員事業所用）

事業所名 _____

〒

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

| 参加会員氏名 | フリガナ | 経験年数 |
|--------|------|--------------------------|
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |

1 申込期限 12月8日（金）必着

2 講師への質問等がございましたら、御記入ください。

3 本研修会に係る個人情報は「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報保護に関する方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき、適切に取り扱い、他の目的で使用することはありません。

平成29年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

第2回サービス提供責任者研修会

訪問介護のグレーゾーン

参加申込書（非会員事業所用）

事業所名 _____

〒

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

| 参加会員氏名 | フリガナ | 経験年数 |
|--------|------|--------------------------|
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |
| | | ホームヘルパー 年 サービス提供責任者 年 |

1 申込期限 12月8日（金）必着

2 講師への質問等がございましたら、御記入ください。

3 本研修会に係る個人情報は「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報保護に関する方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき、適切に取り扱い、他の目的で使用することはありません。