

## 令和元年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

### 第1回サービス提供責任者研修会（令和元年7月12日(金)開催）

#### 参加申込書（非会員事業所用）

訪問介護  
事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_

氏名	フリガナ	経験年数
		ヘルパー 年 サ 責 年
		ヘルパー 年 サ 責 年
		ヘルパー 年 サ 責 年

1 申込期限 令和元年7月1日（月）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「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報の保護に関する方針（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。