

令和元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（令和元年8月23日(金)開催）

参加申込書（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 _____

参加会員氏名	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8月9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「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。