

**北海道福祉サービス第三者評価事業
2024年度評価調査者養成研修受講申込書**

今回の受講希望	受講分野	<input type="checkbox"/> a.組織運営管理分野 <input type="checkbox"/> b.福祉医療保健分野 <input type="checkbox"/> c.総合（組織運営管理分野及び福祉医療保健分野）		
		第1希望（必須）	第2希望	
	受講コース	<input type="checkbox"/> 障がいコース <input type="checkbox"/> 保育コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護コース <input type="checkbox"/> 児童館・放課後児童健全育成コース	受講コース	<input type="checkbox"/> 障がいコース <input type="checkbox"/> 保育コース <input type="checkbox"/> 高齢者福祉コース <input type="checkbox"/> 救護コース <input type="checkbox"/> 児童館・放課後児童健全育成コース
受講者情報	ふりがな			生年月日
	氏名			
	連絡先住所	〒 _____)		
	連絡先種別	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等（名称） (_____)	連絡先電話番号	(_____) - _____
	現在の勤務	<input type="checkbox"/> 勤務なし <input type="checkbox"/> 勤務あり（名称） (_____)		
	自宅所在地 市町村名		勤務先所在地 市町村名	
希望受講パターン	<input type="checkbox"/> 1日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 2日目のみ受講 <input type="checkbox"/> 1・2日目受講 <input type="checkbox"/> 4日間受講			
<p>上記のとおり、受講を申し込みます。</p> <p>北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構代表者 様</p> <p>（受講申込者氏名） _____ 印</p> <p>（受講申込者所在地） _____</p> <p>〒 _____</p>				