

令和2年度リスクマネジメント研修  
指導者・管理職員コース 受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別 児童・障害・高齢・保護・保育・社協  
※○で囲んでください。

法人名 \_\_\_\_\_

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

◎開催日時

(1) A日程：令和2年 8月25日(火)・ 8月26日(水) 10時～16時

(2) B日程：令和2年11月11日(水)・11月12日(木) 10時～16時

No. 県社協 記入欄	日 程 ※希望の日程に○印	フリガナ 氏 名	職 名(職種名)	経験年数
	A ・ B			年 月

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先

※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

( \_\_\_\_\_ )

★研修に参加して、学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。  
簡潔に御記入ください。(Web申込の場合は、備考欄に記入してください。)

- 1 定員になり次第、締め切らせていただきます。定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。
- 2 経験年数は、A日程：令和2年8月1日現在、B日程：令和2年10月1日現在で御記入ください。
- 3 2名以上申込み希望の方は、お手数ですが、この用紙をコピーして御利用ください。