

令和2年度リスクマネジメント研修
経営管理者コース 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】 令和2年11月10日 (火) 13時30分～16時30分

N 県 記	O 社 入	・ 協 欄	ふ り が な	職 名 (職種名)
			氏 名	

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。
簡潔に記入してください。(Web申込の場合は、備考欄に記入してください。)

--

※定員になり次第、締め切らせていただきます。また、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。