石川県福祉サービス第三者評価制度

評価調査者フォローアップ(継続)研修　受講申込書

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

福祉総合研修センター　所長　様　　　　　（申込日）令和６年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 養成研修修了番号 | ※不明な場合は空欄で構いません |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　歳） |
| 自宅住所（受講決定通知送付先） | 〒 －住所TEL 　　　　　　　　　　携帯電話　　　　　　　　　　　FAXﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 勤務先・役職 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　 －住所TEL 　　　　　　　　　　　 　FAX |
| 所属評価機関 |  |
| 評価実績（注） | 実施件数 |
| 内 訳 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 |
| 高 齢 |  |  |  |
| 障 害 |  |  |  |
| 児 童 |  |  |  |
| Ｇ Ｈ |  |  |  |

注　過去３年度分の第三者評価（外部評価）評価実績のある方のみ件数を記入してください

（わかる範囲内で可）。

申込先：(ＦＡＸ)　０７６－２２１－１８３４

(郵　便)　 〒920-0022　金沢市北安江３丁目２番２０号

　　　　　　　　　　　　金沢勤労者プラザ４階

(社福)石川県社会福祉協議会　福祉総合研修センター 宛

申込期限：令和６年８月３０日（金）必着