

別紙(1)

平成28年度 障害者ヘルスプロモーション事業に関する研修会受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
勤務先名称				
勤務先所在地等	〒 — —			
	TEL — — (内線 ) FAX — —			
	電子メールアドレス @ (例:所沢市 11208)			
	※市町村コード(不知の場合は記入不要)			
種別	病院・診療所 施設等 行政機関 会社 その他( )			
設置主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
運営主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
連絡先 (連絡がとれる電話番号等)	TEL — — (勤務先・自宅・携帯)		FAX — — (勤務先・自宅)	
	電子メールアドレス @		(勤務先・自宅・携帯)	
現職種				
現職名				
現職経験年月数	年 月	受講資格の有無	有・無	
過去の当センター 研修会参加実績	平成 平成 平成	年度 年度 年度	研修会 研修会 研修会	
備考	※手話通訳者・要約筆記ご希望の方、車いすご利用の方等は、本欄にご記入ください。			
上記の者を受講者として推薦する。				
平成 年 月 日 (所属長(団体若しくは施設等の長))				
〔職名〕 (氏名)				
印				

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入