別紙(1)

平成30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　@ ※市町村コード(不知の場合は記入不要)　(例:所沢市　11208)			
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　年度　研修会 平成　年度　研修会 平成　年度　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