

受付番号

## 令和4年度 熊本県相談支援従事者初任者研修 申込書（行政用）

担当者名

電話番号

受講決定・不決定通知書  
送付先FAX

①希望する 研修コース	全日程コース	8月2日、3日、9月2日、10月12日、13日		
	講義(eラーニング)コース	7月4日～15日配信予定		
②	フリガナ			③ 生 年 月 日
	氏 名			西 暦      年      月      日
④携帯電話	※コンビニエンスストアで受講料お支払の際に必要な為記入必須		⑤メールアドレス	※eラーニング視聴のためのID・パスワードを送信するため記入必須
⑥現勤務先 情 報	所属名			
	所在地	〒 _____		
	職種		職名	
⑦備考	※障がい等により、特別な配慮が必要な方はお知らせください			

- ※ 全日程コース、講義(eラーニング)コースのいずれかをお選びいただき、「希望する研修コース」に○をつけてください。
- ※ 郵送またはFAX(096-213-1601)で、6月13日(月)までに、(一財)保健福祉振興財団 熊本支部まで提出してください。
- ※ 講義(eラーニング)を受講するにはインターネットに接続できるパソコンまたはタブレット、スマートフォンが必要です。通信制限のない環境(Wi-Fiなど)を整えてください。