

受付番号

## 令和6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	講義(eラーニング):9月24日～10月8日配信 演習:10月24日、10月25日、11月28日、12月24日、12月25日		
		講義(eラーニング)コース	9月24日～10月8日配信		
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、8月20日(火)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。