

受付番号

令和7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3日～9月23日配信 演習:10月7日、10月8日、11月14日、12月18日、12月19日	
		講義(eラーニング)コース	9月3日～9月23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8日(金)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。