

FAX 054-251-7508 静岡県社会福祉協議会 経営支援課 行

令和8年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

第1回サービス提供責任者研修会（令和8年7月31日(金)開催）

参加申込書（会員事業所用）

訪問介護事業所名	
電話番号	
FAX番号	
記入者名	

※領収書の宛名は、訪問介護事業所名で発行します。
それ以外の宛名を希望する場合のみ、記入してください。

領収書の宛名	
--------	--

参加者氏名	フリガナ	訪問介護の経験年数 (令和8年7月1日時点)
		年 月

- 1 申込期限 **令和8年7月10日(金)必着**
- 2 講師への質問等がございましたら、御記入ください。

--

- 3 本研修会に係る個人情報は「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報の保護に関する方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき、適切に取り扱い、他の目的で使用することはありません。