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３回サービス提供責任者研修会（動画配信）

参加申込書（非会員事業所用）

訪問介護事業所名	
電 話 番 号	
ＦＡＸ番号	
記 入 者 名	

※参加費納入額　　＠６，０００円×＿＿＿＿＿人＝　＿＿＿＿＿＿＿＿円
（振込手数料は、御負担ください。）

※納入日（予定日）　＿＿＿＿月＿＿＿＿日

参加者氏名	フリガナ	経験年数 （令和８年１２月１日時点）
		年　　月
		年　　月
		年　　月

１　申込み及び参加費納入期限　　令和８年１１月１３日（金）

２　申込み及び参加費の納入は、事業所で取りまとめをお願いします。

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。