

豊中市生活支援サービス従事者研修受講申込書

次のABCのうち希望するものに○を付けてください（複数選択可）。

生活支援サービス従事者研修の

[A 前期課程]	を申込みます。
	B 後期課程（修了評価含む）		
	C 修了評価のみ※		

A前期課程開催日： 年 月 日（ ）

B後期課程開催日： 年 月 日（ ）（修了評価含む）

C修了評価開催日： 年 月 日（ ）（修了評価のみ）

事業所名： （事業所に在籍している場合記入）

（フリガナ）

参加者名： _____

生年月日： 年 月 日

前期課程

受講年月日： 年 月 日（B後期課程のみを申込み場合に記載）

住 所： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

※C「修了評価のみ」を申込み場合は研修実施事業所から発行された「豊中市生活支援サービス従事者研修受講証明書」添付してください。

豊中市健康福祉部高齢施策課

豊中市中桜塚 3-1-1

電話：06-6858-2837 FAX：06-6858-3146

Mail：koureisesaku@city.toyonaka.osaka.jp