

令和8年6月25日(木)までにメールでお申し込みください

令和8年度徳島県福祉サービス自己評価研修 受講申込書

令和 年 月 日

標記研修会を受講したいので、次のとおり申し込みます。

氏名	(ふりがな)
	(漢字)
住所	〒
電話番号	
生年月日	年 月 日
勤務する施設の種別	該当するものに✓を入れてください。 (複数の種別に該当する場合は、該当するもの全てに✓を入れてください。) <input type="checkbox"/> 高齢者福祉サービスを行う施設 <input type="checkbox"/> 障がい者・児福祉サービスを行う施設 <input type="checkbox"/> 保育所(認定こども園を含む。) <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 児童館 <input type="checkbox"/> 放課後児童健全育成事業を行う施設(放課後児童クラブ) <input type="checkbox"/> 児童養護施設 <input type="checkbox"/> 母子生活支援施設 <input type="checkbox"/> 乳児院 <input type="checkbox"/> 児童自立支援施設(県立徳島学院) <input type="checkbox"/> 自立援助ホーム <input type="checkbox"/> 小規模住居型児童養育事業を行う施設(ファミリーホーム) <input type="checkbox"/> その他()
施設での現在の役職	該当するものに✓を入れてください。 (複数の種別に該当する場合は、該当するもの全てに✓を入れてください。) <input type="checkbox"/> 施設の運営に携わる職員(施設長、副施設長等) <input type="checkbox"/> 現場の職員の管理・監督を行う職員 <input type="checkbox"/> 利用者に福祉サービスを行う現場の職員 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他()

【申込先】 徳島県保健福祉部地域共生推進課法人検査担当 佐藤央尚
〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地 電話：088-621-2403
メールアドレス：chiikikyouseisuishinka@pref.tokushima.lg.jp