

令和 8 年度 第 2 回貝塚市生活援助サービス従事者研修

受講申込書（事業所用）

事業所名			
事業所種別	☐ 訪問型サービス A の参入している事業所 ☐ 訪問型サービス A の参入の意向がある事業所 ☐ 単独型通所型サービス A の参入の意向がある事業所		
所在地	〒 ー		
電話番号		F A X 番号	
担当者名			

受講申込者一覧の者について、貝塚市生活援助サービス従事者研修の受講を申し込みます。

貝塚市社会福祉協議会会長 様

令和 8 年 月 日

（事業所名）

（代表者職名）

（代表者氏名）

印