

令和6年度 第1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	<input type="checkbox"/> 訪問型サービスAの参入している事業所 <input type="checkbox"/> 訪問型サービスAの参入の意向がある事業所 <input type="checkbox"/> 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		FAX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 年 月 日

(事業所名)

(代表者職名)

(代表者氏名)

印