霧島市地域包括ケア･ライフサポートワーカー児童福祉基礎研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

霧島市地域密着型サービス事業者連合会

会長　黒岩　尚文　様

霧島市地域密着型サービス事業者連合会が行う上記研修を申込致します。

申込者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　住　　　所

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな) | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　　　名 |
| 事業所名 |  |
| 職種 |  |
| 連　絡　先 | TEL（携帯可） | FAX |

令和　　　年　　月　　日

**霧島市地域密着型サービス事業者連合会　殿**

**受　講　誓　約　書**

私　　　　　　　　　は、霧島市地域包括ケア･ライフサポートワーカー児童福祉基礎研修を受講するにあたり下記事項を順守することを誓います。

**記**

1. **遅刻をしない。**
2. **欠席をしない。**
3. **早退をしない。**
4. **他の受講者に迷惑をかけない。**
5. **全カリキュラムを受講します。**

住　　　　所

氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属事業所名