霧島市地域包括ケア･ライフサポートワーカー障害者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

申込者（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名）

（代表者役職）

（代表者氏名・代表者印）　　　　　　　　　　　　　　　印

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に下記の者を受講させたく申し込みます。

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

推　　薦　　状

下記の者を霧島市地域包括ケア･ライフサポートワーカー障害者福祉基礎研修研修の　受講対象者として推薦します。

法人名（事業所名）

法人所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

記

１．氏　　名

２．住　　所

３．所属・職名

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障害者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