

## 令和2年 北海道地域密着型サービス 外部評価調査員養成研修受講申込書

受講者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名								
	受講者住所	(〒 - )							
	連絡先種別	<input type="checkbox"/> 自宅	(名称を下欄に記載)	連絡先電話番号					
		<input type="checkbox"/> 勤務先等		メールアドレス					
現在の勤務	<input type="checkbox"/> 勤務なし <input type="checkbox"/> 勤務あり(勤務先名称を下欄に記載(任意)) ( )								
応募理由									
福祉資格、 介護経験等									
所有する 調査員資格	<input type="checkbox"/> 地域密着型サービス外部評価 <input type="checkbox"/> 介護サービス情報公表調査 <input type="checkbox"/> 福祉サービス第三者評価(高齢・障害・保育・救護・社会的養護)								
紹介者									
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込		<input type="checkbox"/> クレジットカード			<input type="checkbox"/> Paypay			

※Paypayでのお支払いは来社頂く必要があります

上記のとおり、受講を申し込みます。

年 月 日

株式会社ソーシャルリサーチ 様

(受講申込者住所)

(受講申込者氏名)

FAX 050-3737-8471

Email: [info@sorico.net](mailto:info@sorico.net)