（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

令和７年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者

継続研修受講申込書

　滋　賀　県　知　事　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　令和７年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者継続研修の受講について、下記のと

おり関係書類を添えて申し込みます。

記

　１　評価調査者継続研修受講申込者　（　　　　　人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　講　申　込　者　氏　名 | | | |
| １ |  | ６ |  |
| ２ |  | ７ |  |
| ３ |  | ８ |  |
| ４ |  | ９ |  |
| ５ |  | 10 |  |

２　添付書類　(人数分添付すること)

・滋賀県健康福祉サービス評価調査者継続研修受講申込者調書（様式第５号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 担当者氏名 |  |  |
|  | 電　　　話 |  |  |
|  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |  |
|  | メ　ー　ル |  |  |
|  | 住　　　所 |  |  |

（様式第５号）　滋賀県健康福祉サービス評価調査者継続研修受講申込者調書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 性別 |  |
|  | |  | | |  |  |
| 氏　　名 | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | |  |
|  | | （〒 　－ ） | | | |  |
| 住　　所 | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | | 日中に連絡のつく電話番号 　(自宅・職場・携帯) | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| E-Mail | |  | | | |  |
| 評価調査者養成研修修了者番号(調査者番号) | | | | 第　　　　　　　　　　号 | |  |
| 評  価  実  績 | 調　査　期　間 | | 調　査　事　業　所 | | |  |
| 年　　月～　　年　　月 | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 上記の者が研修修了後、当法人に評価調査者として所属することを確約します。 | | | | | |  |
|  | | | | | |  |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | |  |
| 法　人　名 | | | | | |  |
|  | | | | | |  |
| 代表者氏名 | | | | | |  |
|  | | | | | |  |