宅幼老所ステップアップ研修　受講者登録について

長野県「パートナーシップ宣言」公表の要件である、全日程修了者の確認・登録、および受講歴の管理のため、個人情報が必要となりました。

つきましては、下記について確認し記載の上、提出をお願いします。

氏名の漢字は戸籍のものを使用し、法人・事業所名は通称・略称ではなく正式名称でお願い申し上げます。

※記載事項に修正個所がありましたら正しいものを記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者  氏名 | 受講番号 |
|  |
| 氏名ふりがな |  |
| 生年月日 |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅連絡用TEL |  |
| メールアドレス | ※PCでも使えるもの。ガラケーのSMSは不可 |
| 勤務先法人名 |  |
| （H30年4月から変更の予定　　　あり　　なし　　未定）  「ある」場合の法人名： |
| 勤務先事業所番号 | ※市町村・県用 など複数ある場合はすべて記入ください |
| 勤務先事業所名 |  |
| （H30年4月から変更の予定　　　あり　　なし　　未定）  「ある」場合の事業所名： |
| 勤務先　TEL |  |
| 勤務先　FAX |  |
| 連絡事項  （事務局に伝えたいこと等） |  |

※この個人情報は、宅幼老所ステップアップ研修に関することにのみに使用するものです。

NPO法人長野県宅老所・グループホーム連絡会　事務局

上田市常田3-4-14　　TEL　0268-75-7383　　　FAX　0268-29-1021