ＦＡＸ送信先（**群馬県社会福祉協議会　施設福祉課　行**）

**０２７－２５５－６１７３**　　　締切日：３月１０日（金）

（別紙）

**平成28年度 自己評価研修会（障害版）**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 第三者評価の  受審状況等 | 受審状況（該当するものに○を付けてください）  　・　受審済（受審年度：平成　　年度）　　　 ・　 未  ・　受審予定（　平成29年度 　／ 平成30年度　） |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　／ＦＡＸ： |
| 担当者名 |  |

参加者名簿（1名につき、資料代が1,000円必要になります。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 役職名 | お弁当の希望  （700円（税込）） |
| １ |  |  | 有　　・　　無 |
| ２ |  |  | 有　　・　　無 |
| ３ |  |  | 有　　・　　無 |

※お弁当は当日、現金と引き換えになります。

　注文をキャンセルされる場合は**3月10日（金）の申込締切日まで**に事務局へご連絡ください。

本研修会に伴う個人情報については、研修会における名簿として使用するとともに、これらの

事務に付帯する業務の範囲内で使用しますので、予めご了承ください。