平成３０年度 福祉サービス苦情解決セミナー

**参加申込書**

**FAX　027-255-6173**

担当者名

連絡先（TEL）

下記により参加を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| 県社協会員 | 　会員　　・　　非会員＊ご不明な場合は、お問い合わせください |
| 施設種別 | 高齢　・　児童　・　障害　・　その他 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 第三者委員設置状況 | 　設置済　・　設置予定　・　未設置 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　名 | 職　名 | 備　考（責任者・担当者・第三者委員等） |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |

|  |
| --- |
| （講師への質問）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊すべての質問についてお答えできない場合がありますのでご了承ください |