令和元年度 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 |  |  |  |

※参加にあたり手話通訳等が必要な場合は下記通信欄へご記入ください。

|  |
| --- |
| 通信欄（講師への質問等） |

＊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予めご了承ください