

(様式第1号)

年 月 日

石川県健康福祉部長 様

住所（法人の場合は所在地）

氏名（法人の場合は団体名及び代表者名）

石川県福祉サービス第三者評価制度
評価調査者等養成研修等実施申出書

石川県福祉サービス第三者評価制度評価調査者等養成研修等を実施したいので、石川県福祉サービス第三者評価制度評価著往査者等養成研修等実施事業者指定要領第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申し出ます。

記

- 1 研修実施計画 別添のとおり
- 2 担当者連絡先 担当者職氏名：
所 属：
電 話 番 号：

※ 研修実施計画は、予定している研修名、日程、場所、カリキュラム、講師（予定）氏名等がわかるよう詳細に明示すること。