

令和3年度 仙台市障害者ケアマネジメント従事者養成研修

基礎研修 参加申込書 兼 同意書 (申込〆切 11月17日)

研修名	令和3年度 仙台市障害者ケアマネジメント従事者養成研修 基礎研修 (オンデマンド研修)
開催日	配信期間： 令和3年11月24日(水) ~ 令和3年12月27日(月)

【参加者】

所属機関			
連絡先	電話番号：		
	Eメールアドレス：		
参加者	氏名(ふりがな)	職名・職種	経験年数
	例：仙台 太郎(せんたい たらう)	例：心理職	例：1年目

【受講に関する同意事項】

- 1) 本研修の講義動画のURLを他者と共有、公開する行為を行わない
- 2) 本研修の講義動画の録画、録音、撮影、配布資料の複製および、インターネット上へのアップロードやSNS等への転載を行わない
- 3) 本研修の申込時や課題提出時に提供する個人情報は、仙台市が管理し、仙台市の個人情報保護条例に基づき管理される

私は、上記同意事項について同意のうえ、受講いたします。

年 月 日

署名 _____

【申込方法】

みやぎ電子申請サービス、もしくは下記住所まで郵送にてお申込みください。

仙台市精神保健福祉総合センター (はあとぼーと仙台)
〒980-0845 仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-6
担当：佐伯・黒田
電話：022-265-2191