令和４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７日）

研修名	令和４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４年 11 月14 日（月）　～　令和４年 12 月11 日（日）

【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(せんだい　たろう)	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）申込時の個人情報は，仙台市において各種連絡，名簿の作成，修了証の作成，効果測定及び研修の企画業務に使用する

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（はあとぽーと仙台）
〒980-0845　仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-6
担当：高浦　赤尾
電話：022-265-2191