

# 平成23年度鳥取県障害程度区分認定調査員研修(現任研修)受講申込書

申込期限：平成24年2月14日(火) 17:00まで

申込先ファクシ：0857-59-6055

社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 宛  
(申込者)所在地 〒

事業所名または市町村名

電話

ファクシ

## <1. 受講希望者>

職名		フリガナ 氏名	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
連絡先 (受講決定通知、 修了証等送付先)	〒 電話 ファクシ		
障害程度区分認定 調査員養成研修 修了年度	平成	年度	障害程度区分認定 調査員養成研修 修了者番号 第 号
認定調査件数			
受講動機	※必ずご記入ください		

※記載された氏名・生年月日で修了証書を作成しますので、明確な文字で、誤字・脱字の無いよう記入してください。

※件数は、障害者自立支援法施行以降、調査を担当し、調査票を作成した件数をご記入ください。

## <2. その他>

認定調査に当たって、判断基準等に関する質問事項、判断に迷う項目、調査上の課題がありましたら、以下に具体的にご記入下さい。