

平成30年度職場研修推進研修 受講申込書

※ご記入いただいた所在地を受講決定通知書の送付先とさせていただきます。

申込締切 5/23 (水)

●法人名 _____ ●連絡担当者 _____

〒

●住所 _____

島根県社会福祉協議会員の
場合○印をつけてください⇒

●TEL _____ FAX(緊急連絡先) _____

受講希望者の情報をご記入ください。

※管理職員としてのご参加者（1日目のみ）

カナ	性別	役職名	現福祉事業所での経験年数 (H30.5月末現在)
氏名	男 女		年 月
事業所名	事業所種別 1		

※指導的職員としてのご参加者（1日目・2日目両日）

カナ	性別	役職名	現福祉事業所での経験年数 (H30.5月末現在)
氏名	男 女		年 月
事業所名	事業所種別 1		

※1 事業所種別は右記の番号を記入してください 1.高齢者 2.障がい 3.保育 4.社会福祉協議会 5.その他
記載された個人情報、本研修会以外の目的に使用しません。