【島根県福祉人材センター宛　FAX0852-32-5956】 申込み〆切：H30.9/10(月)

平成 30 年度「人事管理研修Ⅱ」 受講申込書

記入日：平成　　年　　月　　日

○法人情報（受講決定通知書送付先）

法人名 ※1	連絡担当者：			○印で選択してください 島根県社会福祉協議会の 会員 ・ 非会員
所在地・ 連絡先	〒　　-			
	TEL	—　　—	**FAX(緊急連絡先)**	—　　—

○受講者情報（受講希望優先順位の高い方からご記入ください。）※2

優先順位	フリガナ 氏名	事業所名	種別 ※3	役職名 （就任年月）	受講履歴について記載してください ｷｬﾘｱﾊﾟｽ 導入支援研修Ⅰ	 ｷｬﾘｱﾊﾟｽ 導入支援研修Ⅱ
1				〔　　年　　ヶ月〕	1．受講済み 2．未受講	1．受講済み 2．未受講
2				〔　　年　　ヶ月〕	1．受講済み 2．未受講	1．受講済み 2．未受講
3				〔　　年　　ヶ月〕	1．受講済み 2．未受講	1．受講済み 2．未受講
4				〔　　年　　ヶ月〕	1．受講済み 2．未受講	1．受講済み 2．未受講

※1　法人名は正式な名称をご記入ください。
※2　記載された個人情報は、本研修会以外の目的には使用しません。
※3　事業所種別は右記番号を記入してください：1.高齢　2.障がい　3.保育　4.社会福祉協議会　5.その他