

平成 30 年度「採用担当者研修」 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	ふりがな	事業所名	種別 ※3	役職名 (就任年月)	備考
	氏名			〔 年 ヶ月〕	
1				〔 年 ヶ月〕	
2				〔 年 ヶ月〕	
3				〔 年 ヶ月〕	
4				〔 年 ヶ月〕	

※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、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