

平成 30 年度「中堅職員スキルアップ研修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	ふりがな	事業所名	種別 ※3	福祉職場経験 (H30.9 月末時点)	キャリアパス対応生涯 研修【中堅職員コ- ス】受講年度	希望会場	
	氏名					○で選択してください。	
1				年 月	{ } 年度受講	浜田会場 (11/20)	松江会場 (11/21)
2				年 月	{ } 年度受講	浜田会場 (11/20)	松江会場 (11/21)
3				年 月	{ } 年度受講	浜田会場 (11/20)	松江会場 (11/21)
4				年 月	{ } 年度受講	浜田会場 (11/20)	松江会場 (11/21)

※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