

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：H30.10/31(水)

平成 30 年度メンタルヘルス研修Ⅱ～管理職員コース～ 受講申込書

記入日：平成 30 年 月 日

○受講者情報（受講決定通知書送付先）

ふりがな				性別
氏名				男・女
ふりがな			ふりがな	
法人名			事業所名	
福祉職経験年数（H30.9月末現在）	役職名		法人が島根県社会福祉協議会会員	
年 月			会員・非会員	
所在地・ 連絡先	〒 -			
(決定通知送付先)	TEL	— —	FAX(緊急連絡先)	— —
	連絡担当者：			

○受講者事前アンケート

①本研修で身に付けたいこと、期待することは何ですか？（開催要項の内容をご確認ください。）
②仕事でどのようなことにお困りですか？

※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。