

令和元年度「人事管理研修Ⅰ」受講申込書

申込〆切：7/8(月)

○法人情報（受講決定通知書送付先とさせていただきます。）

記入日：令和 年 月 日

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。）※3

優先 順位	フリガナ	事業所名	種別 ※2	役職名 (就任年月)	希望会場	
	氏名				○で選択してください。	
1	フリガナ			〔 年 月〕	松江会場 (8/8)	浜田会場 (8/9)
2	フリガナ			〔 年 月〕	松江会場 (8/8)	浜田会場 (8/9)
3	フリガナ			〔 年 月〕	松江会場 (8/8)	浜田会場 (8/9)
4	フリガナ			〔 年 月〕	松江会場 (8/8)	浜田会場 (8/9)

※1 法人名は正式な名称をご記入ください。

※2 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

※3 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。