

**令和元年度「指導的職員研修Ⅰ」受講申込書**

**申込〆切：8/26(月)**

○法人情報（受講決定通知書送付先）

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。）※2

優先順位	フリガナ	性別	事業所名	種別 ※3	役職名 (就任年月)	キャリア®対応 生涯研修 【チームリーダーコース】 受講年度	希望会場 ○で選択してください。	
	氏名						松江	浜田
1	フリガナ	男・女			〔 年 月 〕	〔 〕 年度受講	松江 9/25	浜田 9/26
2	フリガナ	男・女			〔 年 月 〕	〔 〕 年度受講	松江 9/25	浜田 9/26
3	フリガナ	男・女			〔 年 月 〕	〔 〕 年度受講	松江 9/25	浜田 9/26
4	フリガナ	男・女			〔 年 月 〕	〔 〕 年度受講	松江 9/25	浜田 9/26

※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