

## 令和元年度「中堅職員スキルアップ研修Ⅰ」受講申込書

**申込〆切： 9/10(火)**

○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。）※2

優先 順位	ふりがな	性別	事業所名	種 別 ※3	福祉職場経験 R1.7月末 時点	キャリアパス対応 生涯研修 【中堅職員コース】 受講年度	希望会場 ○で選択してください。	
	氏 名						松江会場 10/10	浜田会場 10/11
1	ふりがな	男・ 女			年 ヶ月	〔 〕  年度受講	松江会場 10/10	浜田会場 10/11
2	ふりがな	男・ 女			年 ヶ月	〔 〕  年度受講	松江会場 10/10	浜田会場 10/11
3	ふりがな	男・ 女			年 ヶ月	〔 〕  年度受講	松江会場 10/10	浜田会場 10/11
4	ふりがな	男・ 女			年 ヶ月	〔 〕  年度受講	松江会場 10/10	浜田会場 10/11

※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