

令和元年度「人事管理研修Ⅱ」受講申込書

申込〆切： 9/9(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。）※2

優先 順位	ふりがな 氏名	性別	事業所名	種別 ※3	役職名 (就任年月)	受講履歴について記載してください	
						キャリアパス 導入支援研修 I	キャリアパス 導入支援研修 II
1	ふりがな	男 ・ 女			[年 月]	1. 受講済み 2. 未受講	1. 受講済み 2. 未受講
2	ふりがな	男 ・ 女			[年 月]	1. 受講済み 2. 未受講	1. 受講済み 2. 未受講
3	ふりがな	男 ・ 女			[年 月]	1. 受講済み 2. 未受講	1. 受講済み 2. 未受講
4	ふりがな	男 ・ 女			[年 月]	1. 受講済み 2. 未受講	1. 受講済み 2. 未受講

※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は、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.高年齢 2.障がい 3.保育 4.社会福祉協議会 5.その他