

令和元年度「指導的職員研修Ⅱ」受講申込書

○法人情報（受講決定通知書送付先）

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	役職名 (就任年月)	キャリアパス対応生涯研修 【チームリーダーコース】受講年度	「指導的職員研修Ⅰ」 について（○で選択）		希望会場 ○で選択してください。	
	氏名						受講済	未受講	松江会場 10/23	浜田会場 10/24
1	ふりがな	男 ・ 女			〔 〕 年 ヶ月	〔 〕 年度	受講済	未受講	松江会場 10/23	浜田会場 10/24
2	ふりがな	男 ・ 女			〔 〕 年 ヶ月	〔 〕 年度	受講済	未受講	松江会場 10/23	浜田会場 10/24

※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