

【島根県福祉人材センター行き FAX 0852-32-5956】※添書は不要ですので、このままFAXしてください。

「延期分」令和2年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程【チームリーダーコース】 受講申込書

申込締切:8月14日（金）

※ご記入いただいた所在地を受講決定及びテキストの送付先とさせていただきます。

法人名			
所在地等 (郵送先)	〒		
	TEL	FAX(緊急連絡先)	
担当者名			島根県社会福祉協議会会員の場合 は○をつけてください。⇒

※受講希望優先順位の高い方から、ご記入ください。

	氏名 ※楷書でお願いします。	性別	役職名	部下の有無	所属施設・事業所
1	ふりがな	男 ・ 女		有 () 人 無	
	会 場		経験年数 ※1	種別番号 ※2	
	浜田 ・ 松江	年 月			

	氏名 ※楷書でお願いします。	性別	役職名	部下の有無	所属施設・事業所
2	ふりがな	男 ・ 女		有 () 人 無	
	会 場		経験年数 ※1	種別番号 ※2	
	浜田 ・ 松江	年 月			

	氏名 ※楷書でお願いします。	性別	役職名	部下の有無	所属施設・事業所
3	ふりがな	男 ・ 女		有 () 人 無	
	会 場		経験年数 ※1	種別番号 ※2	
	浜田 ・ 松江	年 月			

※1 経験年数は、福祉の仕事に就いてからの通算年数をご記入ください。（令和2年7月末日現在）

※2 種別番号は、以下から選択し番号をご記入ください。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 1 高齢者関連施設（入所系） | 2 高齢者関連施設（在宅系） | 3 障がい者関連施設 |
| 4 児童関連施設 | 5 社会福祉協議会 | 6 その他 |

記入された個人情報、本研修会以外の目的に使用しません。