

令和2年度「中堅職員スキルアップ研修Ⅱ」受講申込書

記入日：令和 年 月 日

○法人情報 ◇ご記入いただいた所在地を受講決定通知書の送付先とさせていただきます。 **申込締切：10/16(金)**

法人名	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 (郵送先)	〒 -				
	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。

1	ふりがな	性別	事業所名		種別 番号 ※1	福祉現場の経験年数 (R2.10月末現在)		
	氏名	男 ・ 女				年 ヶ月		
	キャリアパス対応生涯研修 【中堅職員コース】受講年度		中堅職員スキルアップ研修Ⅰ ○で選択してください。			希望会場 ○で選択してください。		
	年度 【受講済み】		受講済	未受講	浜田 11/18	松江 11/19		

2	ふりがな	性別	事業所名		種別 番号 ※1	福祉現場の経験年数 (R2.10月末現在)		
	氏名	男 ・ 女				年 ヶ月		
	キャリアパス対応生涯研修 【中堅職員コース】受講年度		中堅職員スキルアップ研修Ⅰ ○で選択してください。			希望会場 ○で選択してください。		
	年度 【受講済み】		受講済	未受講	浜田 11/18	松江 11/19		

※1 種別番号は、右記から選択し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
記入された個人情報には、本研修会以外の目的に使用しません。