

【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。

令和 2 年度「人事管理研修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：2/4(木)**

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。

優先 順位	ふりがな	性別	事業所名	種別 番号 ※1	役職名 (就任年月) R3.1 月末現在	人事管理研修 I
	氏名					
1	ふりがな	男 ・ 女			〔 年 月〕	1. 受講済み 2. 未受講
	氏名					
2	ふりがな	男 ・ 女			〔 年 月〕	1. 受講済み 2. 未受講
	氏名					
3	ふりがな	男 ・ 女			〔 年 月〕	1. 受講済み 2. 未受講
	氏名					
4	ふりがな	男 ・ 女			〔 年 月〕	1. 受講済み 2. 未受講
	氏名					

※1 種別番号は、右記から選択し番号をご記入ください。 1.高齡 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、本研修会以外の目的に使用しません。