

【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3年度「OJT 推進研修」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：9/17（金）

●法人名 _____ ●連絡担当者 _____

●住所 〒 _____ 島根県社会福祉協議会員の
(郵送先) _____ 場合は○印をつけてください⇒

●TEL _____ FAX(緊急連絡先) _____

○受講希望者の情報をご記入ください。

※経営職・管理職員としてのご参加者（1日目のみ）

ふりがな	性別	事業所名	役職名
氏名	男 ・ 女		
現福祉事業所での経験年数 (R3.9月末現在)	種別 番号 ※1		
年 月			

※指導的職員（OJTを推進する立場にいる方）としてのご参加者（1日目・2日目両日）

ふりがな	性別	事業所名	役職名
氏名	男 ・ 女		
現福祉事業所での経験年数 (R3.9月末現在)	種別 番号 ※1		
年 月			

※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、本研修会以外の目的に使用しません。