

# 令和3年度「キャリアパス制度運用研修Ⅰ・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：1/14（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。

ふりがな	性別	役職名	現福祉事業所での経験年数 (R3.12月末現在)
氏名	男 女		年 月
事業所名	種別 番号 ※1	希望会場を○で 選択してください。	浜田会場Ⅰ (2/14) のみ
			浜田会場Ⅱ (2/15) のみ
浜田会場Ⅰ・Ⅱ (2/14-15)			
松江会場Ⅰ (2/16) のみ			
松江会場Ⅱ (2/17) のみ			
松江会場Ⅰ・Ⅱ (2/16-17)			

ふりがな	性別	役職名	現福祉事業所での経験年数 (R3.12月末現在)
氏名	男 女		年 月
事業所名	種別 番号 ※1	希望会場を○で 選択してください。	浜田会場Ⅰ (2/14) のみ
			浜田会場Ⅱ (2/15) のみ
浜田会場Ⅰ・Ⅱ (2/14-15)			
松江会場Ⅰ (2/16) のみ			
松江会場Ⅱ (2/17) のみ			
松江会場Ⅰ・Ⅱ (2/16-17)			

※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は、本研修会以外の目的に使用しません。