

★お申込は、【郵送】または【FAX】にて受講申込書(4ページ)のみお送りください★
お申込みの際は本用紙を必要部数コピーしてお使いください

受講申込書

平成30年度 職場研修担当者研修会(平成30年7月28日(土)～30日(月))

～施設職員コース(第1回)～

フリガナ		生年月日 (西暦)	性別
受講希望者 氏名		年 月 日	男・女
携帯番号	— —	←お持ちで無い場合は記載不要です。	

勤務先名称・ 現職名・ 所在地等	法人区分 コード	(別表1)	法人名			
	勤務先 名称					
	勤務先 種別 コード	(別表2)	※「その他」の場合のみ、具体的にお書きください。			
	受講者 職種 コード	(別表3)	受講者 職種名	経験 年数	現職年数	通算年数
勤務先 所在地	〒 — — — — — ※ 通知等の送付先になります。都道府県名からご記入ください。					
連絡先	TEL () () () () () ()		FAX () () () () () ()			

【その他(受講者アンケート・通信欄等)】

※「ある」と回答された方は、最も最近受講された研修をお知らせください。

中央福祉学院の研修を 受講したことがありますか	<input type="checkbox"/>	1. はい(あります) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (研修会名) _____ 年頃
この研修会を 何で知りましたか	<input type="checkbox"/>	1. ホームページ 2. 直接案内(DM) 3. 都道府県社協から 4. 市区町村社協から 5. 職場内で 9. その他()
研修・出版物のご案内を お送りしてよろしいですか	<input type="checkbox"/>	1. はい(承諾します) 2. いいえ(承諾しません)

通信欄	
-----	--

【受講申込者(所属長)記入欄】

上記の者に標記研修会を受講させたく申し込みます。

役職名 _____ 氏名 _____

公印

中央福祉学院使用欄

(※記入不要です)

取りまとめ自治体 (コード)	_____
受付番号	_____ - _____

【個人情報について】

受講者の皆様に関する個人情報は、①全国社会福祉協議会中央福祉学院が行う研修の受講者台帳の作成、研修テキストや各種資料の送付、履修状況管理、研修終了後の履修証明書の発行等の研修事業関連、②全国社会福祉協議会もしくは全国社会福祉協議会を構成する各種組織が行う研修事業および出版物に関するご案内のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。
その管理については、全国社会福祉協議会「個人情報の保護に関する方針(プライバシーポリシー)」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。 ※ 全国社会福祉協議会のプライバシーポリシー等は、全社協ホームページに掲載しています。