

お申込みの際は必要部数コピーしてお使いください（FAXまたは郵送によりお申込みいただけます）

# 受講申込書

平成28年度都道府県・指定都市社会福祉協議会中堅職員研修会  
平成29年1月16日（月）～18日（水） Fax:046-858-1356

フリガナ		生年月日	性別
受講希望者氏名		(西暦)	男・女
		年 月 日	

勤務先名称・現職名・所在地等	法人区分コード	1 1	法人名				
	勤務先名称						
	勤務先種別コード	(別表1)	※「その他」の場合のみ、具体的にお書きください。			所属部署名	
	受講者職種コード	(別表2)	受講者職種名	経験年数	現職年数	通算年数	
勤務先所在地	〒 _____						
勤務先連絡先	TEL ( )		FAX ( )				

※ 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。

### 【その他(受講者アンケート・通信欄等)】

※「1.はい(あります)」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	1. はい (あります) → 2. いいえ (ありません)	(研修会名)	年頃
この研修会を何で知りましたか	1. ホームページ 2. 直接案内(DM) 9. その他 ※その他の場合、下記にご記入ください。 ( )		

通信欄	
-----	--

### 【受講申込者(受講希望者の所属長、管理者等)記入欄】

上記の者を標記研修会に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。(http://www.shakyo.or.jp/kojin.html)