

お申込みの際は必要部数コピーしてお使いください（申込書のコピーをお手元に残しておいてください）

受講申込書

市区町村社会福祉協議会管理職員研修会

平成30年10月13日(土)～15日(月)【集合研修】 中央福祉学院(ロフォス湘南)

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・住所等(全項目必須)	法人区分コード	1 1	勤務先種別コード	(別表1) ※「その他」の場合、具体的にお書きください。
	勤務先名称			
	部署名	担当業務	1. CW、GSW 2. 在宅サービス 3. 成年後見、日常生活自立支援、権利擁護 4. 総務、人事 5. その他	
	グループ分けが必要です。必ずご記入ください。		経験年数	現職(役職)年数
	受講者職種コード	(別表2) 受講者役職名	年 月	年 月
勤務先住所	〒 _____ ※ 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。			
電話番号	TEL () ()	FAX () ()		
メール	e-mailアドレス: _____ @ _____			

【その他(受講者アンケート・通信欄等)】

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) <input type="checkbox"/> 2. いいえ(ありません) <input type="checkbox"/>	※「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。(研修会名)
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 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()	年 頃
研修・出版物のご案内をお送りしてよろしいですか	1. はい(承諾します) <input type="checkbox"/> 2. いいえ(承諾しません) <input type="checkbox"/>	

通信欄	
-----	--

【受講申込者(所属長)記入欄】

上記の者を標記研修課程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)