

申込書のコピーをお手元に残しておいてください

平成30年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程  
上級管理者研修会 受講申込書

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

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。				
	受講希望者 職種 コード	(別表3)	受講希望者 職種名	経験 年数	現職年数	社会福祉関連 通算年数	
勤務先 所在地 連絡先	※通知等送付先になります。都道府県名からご記入ください。		就任予定時期 (現在、施設長等運営統 括責任者への職にない方 はご記入ください)		平成 年 月		
TEL: ( )		FAX: ( )					

※受講経験がある場合は、下記にご記入ください。

受講希望者本人の福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程の修了状況	
管理職員コース(平成____年度修了)	チームリーダーコース(平成____年度修了)
中堅職員コース(平成____年度修了)	初任者コース(平成____年度修了)
貴法人・事業所の職員の福祉職員キャリアパス対応生涯研修の受講状況	
管理職員コース(____)名/チームリーダーコース(____)名/中堅職員コース(____)名/初任者コース(____)名	

中央福祉学院使用欄  
(記入不要です)

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、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、研修会講師・受講者への参加者名簿配布、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、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。