

申込書のコピーをお手元に残しておいてください

令和元年度 都道府県・指定都市社会福祉協議会 新任職員研修会

受講申込書

<令和元年7月10日(水)~12日(金)>

フリガナ	
受講希望者 氏名	
携帯番号	

生年月日 (西暦)	性別
年 月 日	男・女

勤務先名称・現職名・所在地等	法人区分 コード	0 1 1	法人名	社会福祉協議会			
	勤務先 種別 コード	9 0 1	勤務先 部署名				
	受講 希望者 職種 コード	(別表)	受講 希望者 職種名	経験 年数	現職年数 年 月	社協通算年数 年 月	
	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。 〒                      ー  TEL:                      (                      )                      FAX:                      (                      ) e-mail:					

【その他：アンケート】該当する項目にを入れてください。

① 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受講状況	
<input type="checkbox"/> 受講したことがある ⇒	<input type="checkbox"/> 初任者コース / <input type="checkbox"/> 中堅職員コース
<input type="checkbox"/> 受講したことがない	
② 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受講予定	
<input type="checkbox"/> 受講予定がある ⇒	<input type="checkbox"/> 初任者コース / <input type="checkbox"/> 中堅職員コース
<input type="checkbox"/> 受講予定はない	

【受講申込者（受講希望者の所属長、管理者等）記入欄】

上記の者に標記研修会を受講させたく申し込みます。

役職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_



中央福祉学院使用欄  
(記入不要です)

受付番号