

※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）
 ※受講申込書は、郵送またはFAXにて中央福祉学院まで送付してください。

受講申込書

都道府県・指定都市社会福祉協議会管理職員研修会
 令和元年10月8日(火)～10月10日(木)

フリガナ				生年月日 (西暦)	性別
受講希望者 氏名				年 月 日	男・女
法人区分 コード	11	法人名	都・道 府・県 社会福祉協議会 市		
勤務先 種別 コード	901	勤務先 部署名	担当業務	1.地域福祉・ボランティア 2.成年後見、日常生活 自立支援事業、権利擁護 3.施設支援 4.人材・研修 5.在宅支援 6.総務・人事 7.その他	
受講者 職種 コード	(別表1)	受講者 職種名	経験 年数	現職(役職)年数	社協通算年数
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	<input type="checkbox"/> 1. はい (あります) <input type="checkbox"/> 2. いいえ (ありません)	※「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) _____	年頃
------------------------	---	---	----

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 _____



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、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)