

郵送申込の際は、本用紙を必要部数コピーしてお使いください。（申込書の控えをおとりください）



←受講条件①～⑦を  
 了解した方は☑記入

令和3年度スーパービジョン研修会

受講申込書

〔申込締切〕  
 令和3年  
 6月4日（金）

フリガナ	生 年 月 日
受講希望者 氏 名	(西暦) 年 月 日

以下、選択肢の項目はいずれか該当するものに○をしてください

勤務先名称・ 現職名・ 住所等	法人名	1.社会福祉法人 2.その他	〔法人名〕			
	勤務先種別	1.行政 2.保護施設 3.高齢者関係 4.障害者関係 5.児童関係 6.母子施設 7.法人本部 8.その他	〔勤務先種別名詳細〕(例：特別養護老人ホーム、など)			
	勤務先名称					
	受講者職種	1.経営者 2.指導員 3.相談員 4.その他	〔職種名〕(例：主任指導員)	福祉職 経験 年数	現職年数 年 月	通算年数 年 月
	勤務先所在地 連絡先	〒 _____ ※通知文等の送付先になります。都道府県名からご記入ください。 TEL ( ) FAX ( ) メールアドレス： _____ @ _____				

【その他（受講者アンケート・通信欄等）】

本研修会を過去に 受講したことがありますか	<input type="checkbox"/>	1.はい(あります) 2.いいえ(ありません)	⇒ ※「ある」と回答された方は、直近で 受講された年次をお知らせください。	(西暦) 年頃
中央福祉学院の他の通信課程を 過去に受講したことがありますか	<input type="checkbox"/>	1.社会福祉主事 2.社会福祉士 3.社会福祉施設長資格認定 4.いいえ(ありません)		
本研修会を 知った手段	<input type="checkbox"/>	1.中央福祉学院ホームページ 2.本学院からの直接送付(DM) 3.都道府県社協から 4.市町村社協から 5.職場内で 6.経営協の会報同封の案内 7.その他 ( )		

通信欄	
-----	--

以下中央福祉学院使用欄 ※記入は不要です

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。