

申込締切:平成 29 年 9 月 11 日(月)15 時
福祉研修センター宛 (FAX:045-313-0737)

事務局記入欄

TEL		受付 NO
確認日時:	月 日 時 分	
施設コード()	

社会福祉法人会計簿記研修《上級編》受講申込書

◆施設情報

平成 年 月 日

施設名:	
施設住所:〒	-
TEL:	FAX:
研修担当者氏名(フリガナ):	県社協施設会員〔 会 員・非会員 〕

◆受講者情報

優先順位	フリガナ	姓	名	受講者 ID	※①
※③	受講者氏名			職種コード	※②
	性別	男性・女性		経理職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦 年 月 日生		現職場入職年月	西暦 年 月入職
受講希望理由(受講申込者をご自身で記入してください。※必須)					

※① 受講者 ID 欄は、ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

※② 職種コードは下記の表を参照してください。

※③ 2名以上お申込みの場合は、優先順位をご記入の上、この申込書をコピーしてお使いください。

<表 職種コード>

職種 CODE	職 種	職種 CODE	職 種
41	理事長	55	調理員
42	理事長以外の役員	56	栄養士(管理栄養士を含む)
43	施設長	57	看護職員(看護師・准看護師)
44	副施設長	58	医師
45	主任生活相談員・主任指導員・主任児童指導員	59	ホームヘルパー
46	生活相談員・指導員・児童指導員	60	理学療法士・作業療法士・臨床心理士等
47	主任介護職員・主任生活支援員	61	保健師
48	介護職員・生活支援員	62	厚生員
49	主任保育士	63	管理人
50	保育士	64	介助員
51	事務長	65	介護支援専門員
52	事務職員	66	サービス提供責任者
53	相談員(MS、PSを含む)	69	その他

(注)FAX送信後は必ず事務局に電話で送受信確認をしてください。
TEL:045-311-1429 FAX:045-313-0737

個人情報の利用目的 本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。
受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。