

申込締切:平成 29 年4月25日(火)15 時

FAX 045-313-0737

TEL 確認日時: 月 日 時 分
施設コード:

(注) FAX 送信後は必ず事務局に電話で送受信を確認してください。

今一度、番号をお確かめのうえ、おかけ間違いのないようご注意願います。(TEL045-311-1429)

平成29年度 管理職員キャリアパス対応課程 受講申込書

◆施設情報

平成 年 月 日

| | | | |
|-------------|-------------------------|-----|--|
| 施設名 | | 法人名 | |
| 所在地 | 〒 TEL : FAX : | | |
| 研修担当(記入)者氏名 | 県社協施設会員 会員施設 ・ 会員外施設 | | |

◆受講者情報 ※2名以上お申込みの場合は、この申込書をコピーしてお使いください(優先順位記入)

| フリガナ | | | 受講者 ID | ※② | 優先順位 |
|-------|---------|-------|---------|----|------|
| 受講者氏名 | 姓 | 名 | 職種コード | ※③ | |
| 性別 | 男性 ・ 女性 | | 現職場入職年月 | 西暦 | 年 月 |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 | 福祉職経験年数 | | 年 月 |

◆コースは I コース のみ ※日程については、実施要綱をご確認ください

※② 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。

※③ 職種コードは、下の表を参照してください。

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。

<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 |