

締切：平成29年4月13日（木）15時

FAX045-313-0737

福祉研修センター宛

TEL 確認日時：
月 日
時 分

受付番号

平成29年度 新任福祉施設等職員合同研修 受講申込書

◆施設情報

平成 年 月 日

施設名		県社協会員	会員 ・ 会員外
所在地	〒 TEL : FAX :		
研修担当（記入）者氏名：			

◆受講者情報

優先順位	フリガナ				
	氏名	姓	名	職種コード	※①
	性別	男性	女性	福祉職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦	年 月 日	現施設入職年月	西暦 年 月入職
	フリガナ				
	氏名	姓	名	職種コード	※①
	性別	男性	女性	福祉職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦	年 月 日	現施設入職年月	西暦 年 月入職
	フリガナ				
	氏名	姓	名	職種コード	※①
	性別	男性	女性	福祉職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦	年 月 日	現施設入職年月	西暦 年 月入職

※① 職種コード（別表1）は、下記を参照してください

申込者が多く記入欄が不足する場合はコピーのうえ、お申込みください。

職種コード	職種	職種コード	職種
46	生活相談員・指導員・児童指導員	56	栄養士（管理栄養士含む）
48	介護職員・生活支援員	57	看護職員（看護師・准看護師）
50	保育士	59	ホームヘルパー
52	事務職員	60	作業療法士（リハビリテーション）
55	調理員	69	その他

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。

（注）おかけ間違いのないようにお気をつけください。FAX送信後は着速確認の電話をお願いします。

TEL:045-311-1429 FAX:045-313-0737