

【申込締切】平成30年9月25日(火)15時

福祉研修センター 宛

FAX: 045-313-0737

TEL: 045-311-1429 (月～金 8:30～17:15)

(注) FAX送信時は、今一度、番号をお確かめの上、おかけ間違いのないようご注意ください。
また、送信後は必ず事務局に電話で送受信の確認をしてください。

TEL 確認日時: 月 日 時 分
施設コード:
県社協施設会員: 会員施設 ・ 会員外施設

キャリアパス構築研修 受講申込書

◆施設情報

平成29年 月 日

施設名			
(法人名)	()		
所在地	〒	TEL :	FAX :
(フリガナ)	研修担当(記入)者氏名		

◆受講者情報

優先順位	フリガナ			受講者ID	※②
※①	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 ヵ月

※①同一事業所で複数お申込みの場合は優先順位をお書きください。※②IDカードをお持ちの方はご記入ください。
※③裏面をもとにご記入ください。

◆アンケート ※差し支えない範囲でご記入ください。グループワーク時のグループ編成に利用します。

1 平成30年度処遇改善加算について	申請しているものをお選びください(種別枠からお選びください)				
	高齢・障害福祉関係施設	<input type="checkbox"/> 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 加算Ⅴ <input type="checkbox"/> その他()
	児童関係施設(社会的養護)	<input type="checkbox"/> 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅳ	<input type="checkbox"/> 加算Ⅴ <input type="checkbox"/> その他()
2 法人・施設(事業所)におけるキャリアパス制度について	<input type="checkbox"/> キャリアパス制度を構築済み <input type="checkbox"/> これから構築予定 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)				
3 キャリアパス構築に関する課題(必ず記入)					

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・所属等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

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・所属等について情報提供を行います。