

締切延長：平成30年4月13日（金）15時必着

FAX 045-313-0737

福祉研修センター宛

TEL 確認日時：
月 日
時 分

受付番号

平成30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 | | | 保有資格 | |
|------|------|---------|-------|---------|----------|
| | 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 |
| 優先順位 | フリガナ | | | 保有資格 | |
| | 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 |
| 優先順位 | フリガナ | | | 保有資格 | |
| | 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） |

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

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

| | | | |
|----|-----|----|-----|
| 55 | 調理員 | 69 | その他 |
|----|-----|----|-----|