

申込締切:平成31年1月30日(水)15時

TEL 確認日時	No
月 日 時 分	

FAX: 045-313-0737 福祉研修センター 宛

# “非正規”職員向け研修(応用編) 受講申込書

(注) FAX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。(月~金:8:30~17:15)  
今一度、番号をお確かめの上、お間違いのないようご注意願います。

## ◆施設情報

平成 年 月 日

施設名			
	県社協施設会員	会員 ・ 会員外	
所在地	〒		
	TEL :	FAX :	
研修担当(記入)者	氏名 :		
本研修の受講をさせたい理由について(必須)			

## ◆受講者情報 ※①2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。

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		対人援助業務 経験年数	年 月
	生年月日	西暦 年 月 日		現職場入職年月	西暦 年 月 入職
				前職歴	あり ・ なし

この研修に期待していることをお書きください。(受講者自身が記入)

※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、下記の表を参照してください。

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・所属について情報提供を行います。