

先着順:申込締切/平成31年2月20日(水)15時迄

事務局記入欄: 県

(注) FAX送信後は必ず申し込み先に電話で送受信の確認をしてください。

FAX: 045-313-0737

TEL 確認日時:	月	日	時	分	受付NO

平成30年度 トップセミナー 受講申込書

開催日:平成31年3月6日(水曜日)午後2時~4時 受付:午後1時半より開始

◆施設情報

平成 年 月 日

施設名:	
主な施設種別	: ①保育 ②高齢 ③身体障害 ④知的障害 ⑤精神障害 ⑥児童 ⑦母子 (Oをつけてください) ⑧生保 ⑨地域福祉(社協) ⑩その他()
施設住所: 〒	
T E L:	F A X:
研修担当者:	
どちらでご覧になりましたか? (いずれかにO印) : 神奈川県社協 ・ 川崎市社協 ・ 相模原市社協 ・ 横浜市社協	

◆受講者情報 ※ こちらの用紙で足りない場合は、コピーをしてお使いください。

フリガナ			職種コード (Oをつけてください)
受講者氏名	姓	名	1 理事長 2 理事長以外の役員 3 施設長 4 副施設長 5 事務長 6 その他管理職 7 その他 ()
フリガナ			職種コード (Oをつけてください)
受講者氏名	姓	名	1 理事長 2 理事長以外の役員 3 施設長 4 副施設長 5 事務長 6 その他管理職 7 その他 ()
フリガナ			職種コード (Oをつけてください)
受講者氏名	姓	名	1 理事長 2 理事長以外の役員 3 施設長 4 副施設長 5 事務長 6 その他管理職 7 その他 ()

※受講をお断りする場合のみ、連絡をいたします。連絡なき場合には受講決定として直接会場にお越しください。

個人情報利用目的

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。なお、個人情報の取り扱いについては、共催各社協が有する個人情報保護指針(プライバシーポリシー)に基づき、適切に管理を行います。

申込書に関する確認の電話はこちらへ TEL: 045-311-1429

(神奈川県社会福祉協議会福祉研修センター)



会場 福祉保健研修交流センターウィリング横浜
横浜市港南区上大岡西1-6-1
ゆめおおおかオフィスタワー 12階 121研修室
(京浜急行・市営地下鉄線「上大岡」駅直結 徒歩3分)

この研修は、神奈川県社会福祉協議会、川崎市社会福祉協議会、相模原市社会福祉協議会、横浜市社会福祉協議会の共催事業です。