

FAX 098-(887)-1071 (担当:新垣)

誤送信防止のため、FAX 番号を御確認の上、申込ください。

平成 年 月 日

所属先名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

FAX 番号： _____

(担当者名： _____)

平成30年度社会福祉施設初任職員研修 (5/29-30) 受講申込書

1. 受講者名

フリガナ 氏 名	職 名	福祉関連通算 経験年数
		年 月
		年 月

※福祉関連通算経験年数は、平成30年4月末現在の年月を御記入ください。

研修対象者について

- ・社会福祉施設に勤務する経験年数3年未満の職員で、下記の条件をすべて満たす職員とする。
ただし、同研修の未受講者を優先とする。
- (1) 社会福祉法第2条に規定する第1種社会福祉事業に従事する職員
- (2) 直接処遇担当職員

受講申込について

- ・1施設あたり申込人数を2名までとさせていただきます。
- ・FAX送信後は、当センターへ着信確認の連絡をお願いいたします。
- ・先着順に受講受付を行います。定員超過となった場合は、受付後に参加申込人数の変更をお願いすることもありますので、御留意ください。
- ・申込後、特に連絡のない場合は受付されたものとして御出席ください。
- ・申込後に受講できない事情が生じた際は、速やかに当センターまで御連絡ください。
- ・申込〆切：平成30年5月21日(月)