

FAX 098 (887) 1071 (担当:比嘉)

※誤送信防止の為、FAX番号を御確認の上お申込みください

令和 元 年 月 日

沖縄県社会福祉協議会
福祉人材研修センター所長 殿

所属先名

所属長名

住 所

電話番号

FAX 番号

(担当者名 :)

受講申込書 兼 事前アンケート

1 研修の名称 **令和元年度 児童相談所等相談機関職員研修**

2 受講者名

優先	氏 名	職名・職種	経験年数 ※
1			年 月
2			年 月
3			年 月

※経験年数は、令和元年9月末現在の経験年数を御記入ください。

※FAX 送信後は、当センターへ受信確認の連絡をお願いいたします。

※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。

3 事前アンケート

(1) 相談機関職員として、どのようなことにお困りですか。

(2) 相談機関職員として、どのような取り組みを行いたい(何を身につけたい)ですか。

(3) その他、講師に質問したいことを御記入ください。