**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、お申込ください。**

　　　　　　　　　　　　　令和 ２年　 月　 日

法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　施設・事業所名：

受講者の施設等種別： 高齢 ・ 障がい ・ 障がい児 ・ 児童 ・ 保育 ・ 社協 ・ その他（ 　　　　）

（該当する種別を○で囲んでください。複数回答可）

申込担当者名：　　　　　　 　　　　　　　E-MAIL：

電話：　　　　　　　　　　　　 　　　　　FAX：

**令和２年度 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程**

**―初任者コース・オンライン開催―（9/17-18）**

**受講申込書**

【受講者名等】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 性別 | 職名 | 現職  勤務年数 | 福祉関連通算  経験年数 | 生年月日  （西暦） |
| 氏　名 |
|  |  |  | 年　　月 | 年　　月 | 年  　　月　　日（　　　歳） |
|  |
|  |  |  | 年　　月 | 年　　月 | 年  　　月　　日（　　　歳） |
|  |

　　　※福祉関連通算経験年数は、令和2年9月末現在の年月を御記入ください。

**・申込〆切：令和2年8月11日（火）必着**

**＊受講申込について＊**

・受講決定は受講者の種別等に偏りがないよう考慮し、決定いたします。なお、申込が定員を超えたときは受講をお断りする場合がありますので、御了承ください。

・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。

・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。