**令和2年度**

**介護分野で働く滋賀の福祉人育成研修**

**新任期（前期）　受講申込書**

令和２年　　月　　日

滋賀県社会福祉研修センター　行　　　　（※送付状は不要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 研修に関する担当者名 |  |
| 所属名 |  |
| ふりがな | 　　 | 年齢 | 満　　　　　　才 |
| 氏　名 |  |
| 所属先　住　所 | （〒　　　　　　　　　） |
| TEL（市外局番から） |  | FAX（市外局番から） |  |
| ご自身の所属の形態 | ・入所系　　　　・通所系　　　　・訪問系　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＊該当の箇所に〇をつけてください。 |
| 経験年数 | 現在の職場 | 　　　　年　　　　　ヶ月 | 　　□新卒である（学校卒業後すぐ）□新卒でない |
| 現職以外の福祉の職場 | 　　　　年　　　　　ヶ月 |
| これまでの福祉以外の職場（他業種からの方） | 　　　　年　　　　　ヶ月 |
| 主な資格 | 介護福祉士　　　　社会福祉士　　　　　介護支援専門員　　　　社会福祉主事　　　　初任者研修　　　　実務者研修看護師　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　特になし　 |
| 受　講　希　望　コース　（受講希望コースを記載してください） |
| 第1希望 | コース | １．一日単位での受講は出来ません。2．原則、各日程先着順でお受けします。3．ご希望に沿えない場合もあります。 |
| 第2希望 | コース |
| 第3希望 | コース |
| 氏名・所属を研修受講者名簿として受講者に提供することについて、同意の有無を〇してください。 | 　　　　同意する　　同意しない |
| * 備考（受講に際して、事務局に伝えたいことがあればご記入ください。）
 |

**≪受講申込について≫**

・申込書に記載されたすべての事項については、本研修以外での使用はいたしません。

・申込書は、お一人様につき１枚ご記入ください。

**ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０　　受講申込締切日：令和２年４月１5日（水）**

**≪受講可否について≫**

**申し込み締め切り日からおおよそ一週間後までに**「受講決定通知書」または、定員超過によりご希望に沿えない場合については「受講お断り通知」を所属先へＦＡＸにてお知らせいたします。

　**※期日を過ぎてもFAXが届かない場合はご連絡ください。**