**令和2年度**

介護分野で働く滋賀の福祉人育成研修

**「中 堅 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 | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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。） | | | | | | | |

**ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０　　受講申込締切日：令和２年７月１２日（日）**

**≪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。**

**≪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。