**2019年度**

**介護分野で働く滋賀の福祉人育成研修**

**新任期　（後期）受講申込書**

2019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 |  | 受講に関する担当者名 |  |
| 所属名 |  |
| 所属の形態 | 入所系　　・　　通所系　　・　　訪問系　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な資格 |  |
| 所属先　住　所 | （〒　　　　　　　　　） |
| TEL（市外局番から） |  | FAX（市外局番から） |  |
| 　ふりがな |  | 職　名 |  | 年齢 | 満　　　　　　　　歳（例：満３０歳） |
| 氏　名 |  |
| 経験年数 | 現　職 | 　　　　　　年　　　　　ヶ月 | □新卒である（学校卒業後すぐ）□新卒でない |
| 福祉の職場 | 　　　　　　年　　　　　ヶ月 |
| 受　講　希　望　日　程（受講希望日程を記載して下さい） |
| 第１希望 |  | ※第１希望が定員に達した場合、第２希望で対応させていただきます。 |
| 第２希望 |  |
| 第３希望 |  |
| 第４希望 |  |
| 氏名・所属を研修受講者一覧として使用することについて、同意の有無を〇をしてください。 | 　　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**

**受講申込締め切り日：2019年９月６日（金）**

**≪受講可否について≫**

**2019年９月13日（金）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。**