**令和３年度**

**えにし滋賀の福祉人研修（社会福祉共通）**

**チームリーダー　受講申込書**

令和３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 | | | | | 職　名 | |  |
| 氏　名 | |  | |
| 所属先  住　所 | | （〒　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| TEL  （市外局番から） | |  | | | FAX  （市外局番から） | | |  | | | | | |
| 所属施設の分野  該当する項目に〇をしてください。 | | 高齢者福祉　・　障害者福祉　・　児童福祉　・　保育　・　生活保護　・　社会福祉協議会※  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　※社会福祉協議会事務局職員の場合に〇をしてください。 | | | | | | | | | | | |
| 入所系　　・　　通所系　　・　　訪問系　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 経験年数 | | 現　　　　　　　　職 | 年　　　　　ヶ月 | | | | 現職以外の福祉職場 | | | | | 年　　　　　ヶ月 | |
| 主な資格 | 介護福祉士　　　社会福祉士　　精神保健福祉士　　介護支援専門員　　　保育士　　　社会福祉主事　　　看護師  介護職員初任者研修　　　介護職員実務者研修　　　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、同意の有無について〇をしてください。 | | | | | | | | | | 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**

**受講申込締切日：令和３年６月６日（日）**

**＊定員超過の場合、申込期間中でも募集を終了いたします。この場合、「滋賀県社会福祉研修センター」のホームページでお知らせするとともに、以後の申込の方には個別にお断りの連絡をいたします。**