

令和4年度課題別研修 OJT推進リーダー研修 受講申込書

令和4年 月 日

社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター 行

法人名				研修に関する 連絡窓口	
所属名				(窓口となる方の氏名)	
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)		
所属先の分野 該当する項目に ○をしてください	高齢者福祉 ・ 障害福祉 ・ 児童福祉 ・ ※社会福祉協議会				※社会福祉協議会事務局職員の場合 は○をつけてください
	その他(救護施設等)[]				
経験年数 <R4. 9月現在>	現 職 の 経験年数	年	ヶ月	福祉職場の 総経験年数	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 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 保育士 その他() 特になし				
1. 氏名及び所属について、研修受講者一覧として使用することについて				同意する ・ 同意しない	
2. 自事業所は、人材育成計画に基づき、研修を実施していますか				はい いいえ その他	
3. あなたは、職場の研修計画を立てる担当ですか				はい いいえ その他	
4. 受講を希望する理由を具体的にお書きください。(受講者をご記入ください)					
※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》

- ・定員を超えての申込みがあった場合、申込期間中でも募集を終了します。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、定員超過後に到着した申込みにはお断りの連絡をします。
- ・同じ施設・事業所から複数名の申込みがあった場合には、受講人数を制限させていただく場合があります。
- ・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1人につき1枚ご記入ください。

申込締切日 令和4年9月22日(木)