**令和２年度**

**対人支援のための記録入門研修**

**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 |  | 受講に関する担当者名 |  |
| 所属名 |  |
| 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　　・　　生活保護　　・　　社会福祉協議会その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※社協運営の施設の場合は両方に〇をしてください。 |
| 入所系　　・　　通所系　　・　　訪問系　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な資格 | 社会福祉士　　　　介護福祉士　　　　介護支援専門員　　　　社会福祉主事　　　　看護師その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　特になし |
| 所属先　住　所 | （〒　　　　　　　　　） |
| TEL（市外局番から） |  | FAX（市外局番から） |  |
| 　ふりがな |  | 職　種 |  |
| 氏　名 |  |
| 経験年数（10/１現在） | 現　職 | 　　　　　　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 |
| 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、同意の有無を記入してください。 | 　　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：令和２年1１月3日（火・祝）**

**≪受講可否について≫**

**申込締切からおおよそ１週間後**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」を所属先へ郵送等にてお知らせいたします。

　**※期日を過ぎても通知が届かない場合はご連絡ください。**