

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○ 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○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。