

介護分野で働く滋賀の福祉人育成研修

「管理職」 受講申込書

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			現在の職位	
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)	
ご自身の所属 の形態	・入所系 ・通所系 ・訪問系 ・その他() * 該当の箇所に○をつけてください。			
経験年数 令和3年 9月現在	現在の職場	年 ヶ月		
	現職以外の福祉の職場	年 ヶ月		
	これまでの福祉以外の職場 (他業種からの方)	年 ヶ月		
主な資格	介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 社会福祉主事 初任者研修 実務者研修 看護師 その他() 特になし			
氏名および所属について、研修受講者一覧として使用することへの同意			する ・ 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》

・申込者が定数を超えた場合、締め切りを待たずに募集を終了する場合がありますのでご了解をお願いします。

- ・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9月20日(月・祝)

《受講可否について》

申込み締め切り日からおおよそ2週間後までに、「受講決定通知書」を通知いたします。また、定員超過等によりご希望に沿えない場合については、所属先へ個別にお電話等でお知らせいたします。

※期日を過ぎても通知等が届かない場合はご連絡ください。