**2019年度**

**介護分野で働く滋賀の福祉人育成研修**

**「チームリーダー」受講申込書**

2019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 |  | | | |
| 所属の形態 | 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  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　名 |  | | | 年齢 | | 満　　　　　　歳  （例：３０歳） |
| 氏　名 |  | |
| 経験年数  2019年  11月現在） | 現　職 | 年　　　　　　　　　　ヶ月 | | | | | | | |
| 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、あてはまるものに〇してください。 | | | | | | 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。

・原則、先着順でお受けします。

**ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０**

**受講申込締め切り日：2019年１０月11日（金）**

**≪受講可否について≫**

**2019年１０月１８日（金）まで**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ＦＡＸにてお知らせいたします。

**※期日を過ぎてもFAXが届かない場合はご連絡ください。**