

平成30年度 ウィリング横浜主催研修 受講申込書(HP用)

|      |          |     |                 |
|------|----------|-----|-----------------|
| 研修番号 | A-23(HP) | 研修名 | 伝える、伝わる記録の書き方研修 |
|------|----------|-----|-----------------|

太枠内を全てご記入ください。

※福祉の現場で働く方を対象とした研修のため、施設・事業所名も必ずご記入ください。

|   |      |  |
|---|------|--|
| 【法人・団体名】  |      | Q.この研修を何で知りましたか？<br>(該当する箇所1つに✓)<br><br><input type="checkbox"/> 施設に届くチラシ<br><input type="checkbox"/> ホームページ<br><input type="checkbox"/> メールマガジン<br><input type="checkbox"/> ウィリングで直接<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 【施設種別】<br><small>(記入例：特別養護老人ホーム、訪問介護事業所、地域ケアプラザ、障害者作業所、保育園 等)</small> |      |  |
| 【施設・事業所名】   |      |  |
| 【研修担当者名】  | 【電話】 | (職場)   |
| ※本研修についてのご連絡をさせていただく方となります。   |      | 【FAX】  |
|   |      | (職場)   |
| 申込結果送付先   | 【宛先】 | ※職場へ申込結果を郵送します。正確にご記入ください。   |
|   | 職場   | 〒  |

受講希望者

※役職及び職種は下記のコード表よりお選びください。

※優先的に受講させたい方から順にご記入ください。

※欄が足りない場合はコピーして、優先順位をご記入のうえ、ご使用ください。

|   |          |            |                 |                |
|---|----------|------------|-----------------|----------------|
| 1 | ふりがな     |            | 職種コード番号         | その他の方はご記入ください。 |
|   | 氏名       | 男・女        | 職種              |                |
|   | 福祉職場経験年数 | 1年未満 5~10年 | 1~3年 3~5年 10年以上 | 年代             |
| 2 | ふりがな     |            | 職種コード番号         | その他の方はご記入ください。 |
|   | 氏名       | 男・女        | 職種              |                |
|   | 福祉職場経験年数 | 1年未満 5~10年 | 1~3年 3~5年 10年以上 | 年代             |

■ここでご記入いただく情報は、受講の承認及び不承認の決定、および申込結果の送付のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。加えて、受講決定者については、受講者台帳の作成、研修講師への情報提供、受講者相互交流等、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

■なお個人情報の取扱については、横浜市社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針」に基づき、適切にその管理を行います。

職種コード表

| コードNo. | 職種名          | コードNo. | 職種名                 |
|--------|--------------|--------|---------------------|
| A      | 役職者          | G      | 生活相談員・指導員           |
| B      | 事務職員         | H      | 介護職員・生活支援員          |
| C      | 社協職員・行政職員    | I      | 看護職                 |
| D      | 介護支援専門員      | J      | 保育士                 |
| E      | サービス提供・管理責任者 | K      | その他(右欄に職種名をご記入ください) |
| F      | 相談員(MSW・PSW) |        |                     |

※FAX送信後は、不着の場合もありますのでお手数ですが、確認のご連絡をお願いします。

【TEL：045(847)6674】