福祉保健研修交流センターウィリング横浜　研修担当　宛
申込締切：平成30年4月27日（金）必着　　**FAX：０４５（８４７）６６７６**

平成30年度　ウィリング横浜主催研修　受講申込書

研修番号	A-6（HP）	研修名	トップセミナーⅠ 「社会福祉法人会計と改正社会福祉法から見る地域づくり」

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】

【施設種別】
（記入例：特別養護老人ﾎｰﾑ、訪問介護事業所、地域ｹｱﾌﾟﾗｻﾞ、障害者作業所、保育園　等）

【施設・事業所名】

Q.この研修を何で知りましたか？
（該当する箇所1つに✔）

☐ 施設に届くチラシ
☐ ホームページ（ハマ・キャリ・ネット）
☐ メールマガジン
☐ ウィリングで直接
☐ その他
（　　）

【研修担当者名】
※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。

【電話】　（職場）
【FAX】　（職場）

申込結果送付先

【宛先】　職場

※職場へ申込結果を郵送します。正確にご記入ください。

〒

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		（1）役　職	役職コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏　名	男・女	（2）職　種	職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	福祉職場 経験年数	1年未満　1～3年　3～5年 5～10年　10年以上	年　代	才代	
2	ふりがな		（1）役　職	役職コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏　名	男・女	（2）職　種	職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	福祉職場 経験年数	1年未満　1～3年　3～5年 5～10年　10年以上	年　代	才代	

■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。

（1）役職コード表

コードNo.	役　職　名
001	理事長
002	理事長以外の役員
003	施設長
004	副施設長
005	事務長
006	主任・リーダー
007	その他（右欄に役職名をご記入ください）
008	なし

（2）職種コード表

コードNo.	職　種　名
A	役職者
B	事務職員
C	社協職員・行政職員
D	介護支援専門員
E	サービス提供・管理責任者
F	相談員（MSW・PSW）
G	生活相談員・指導員
H	介護職員・生活支援員
I	看護職
J	保育士
K	その他（右欄に職種名をご記入ください）
L	地域活動者（ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ・民生委員等）

※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】

指定管理者：社会福祉法人　横浜市社会福祉協議会