

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	C-6(HP用)	研修名	親なきあとの成年後見【出張型】
------	----------	-----	-----------------

太枠内を全てご記入ください。

※個人申込の場合でも、福祉の現場で活動をする方を対象とした研修のため、施設・事業所名・活動内容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？ (該当する箇所1つに✓) <input type="checkbox"/> 施設に届くチラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> ウィリングで直接 <input type="checkbox"/> その他 ()
【施設種別・活動内容】 <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、民生委員、食事ボランティア 等)</small>	
【施設・事業所名】	
【研修担当者名】	【電話】 _____ (職場・自宅)
_____	【FAX】 _____ (職場・自宅)
※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。	
申込結果送付先 【宛先】 ※申込結果を郵送します。正確にご記入ください。 宛先は _____ 〒 _____ (職場・自宅) ※いずれかに○を してください。	※自宅に○をされた方は、上記の電話 および氏名をご記入ください。⇒ 氏名: _____

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 または 活動内容	職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏 名	男・女			
	福祉職場 経験年数または 活動経験年数	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		職 種 または 活動内容	役職コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏 名	男・女			
	福祉職場 経験年数または 活動経験年数	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。

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)	L	地域活動者(ボランティア・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】