

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-3 (HP)	研修名	中堅職員研修
------	----------	-----	--------

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。

<p>【法人・団体名】</p> <p>【施設種別】 (記入例: 特別養護老人ホーム、訪問介護事業所、地域ケアプラザ、障害者作業所、保育園 等)</p> <p>【施設・事業所名】</p>	<p>Q.この研修を何で知りましたか? (該当する箇所1つに✓)</p> <p><input type="checkbox"/> 施設に届くチラシ</p> <p><input type="checkbox"/> ホームページ(ハマ・キャリア・ネット)</p> <p><input type="checkbox"/> メールマガジン</p> <p><input type="checkbox"/> ウィリングで直接</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>【研修担当者名】</p> <p>_____</p> <p>※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。</p>	<p>【電話】 _____ (職場)</p> <p>【FAX】 _____ (職場)</p>
<p>【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。</p> <p>〒 _____</p> <p>職場</p>	

受講希望者

※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	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	1年未満 5~10年	1~3年 3~5年 10年以上	年代	才代	
	キャリアパス対応 生涯研修課程 受講履歴	なし・あり(初任者(H 年修了))		希望コース ※いずれかに✓	<input type="checkbox"/> ①コース <input type="checkbox"/> ②コース <input type="checkbox"/> どちらでも可	
2	ふりがな			職種	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	1年未満 5~10年	1~3年 3~5年 10年以上	年代	才代	
	キャリアパス対応 生涯研修課程 受講履歴	なし・あり(初任者(H 年修了))		希望コース ※いずれかに✓	<input type="checkbox"/> ①コース <input type="checkbox"/> ②コース <input type="checkbox"/> どちらでも可	

■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】