


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-2(HP)	研修名	チームリーダー研修
------	---------	-----	-----------

太枠内を全てご記入ください。

【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(ハマ・キャリ・ネット) <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】 <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

※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	年 月 日	年 代	才 代	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"/> どちらでも可能	
	キャリアパス対応生涯研修課程 受講履歴	なし ・ あり ( 中堅職員(H 年修了) ・ 初任者(H 年修了) )					
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	年 月 日	年 代	才 代	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"/> どちらでも可能	
	キャリアパス対応生涯研修課程 受講履歴	なし ・ あり ( 中堅職員(H 年修了) ・ 初任者(H 年修了) )					

■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。

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)

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)

※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】