

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-8(HP)	研修名	社会福祉施設の経営基礎
------	---------	-----	-------------

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? (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】 (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)		
【施設・事業所名】		
【研修担当者名】	【電話】	(職場)
	【FAX】	(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。		
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		役職	役職コード番号	その他の方はご記入ください。	
	氏名		年代		才代	
	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	管理職 経験年数	年	ヶ月
2	ふりがな		役職	役職コード番号	その他の方はご記入ください。	
	氏名		年代		才代	
	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	管理職 経験年数	年	ヶ月

■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)
008	なし

※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】