

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7月3日(火)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 (HP用)

研修番号	B-2(HP)	研修名	面接技術 ~相談面接・生活場面面接を学ぶ~
------	---------	-----	-----------------------

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 <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・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。	〒 _____ _____ 〇 _____ ※自宅に○をされた方は、上記電話および氏名をご記入ください。⇒ _____

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	男・女	職 種	職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏 名				
	福祉職場 経験年数	年 月	年 代	才 代	
2	ふりがな	男・女	職 種	職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏 名				
	福祉職場 経験年数	年 月	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いについては、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】

指定管理者: 社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会