

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-17(HP)	研修名	ファシリテーション研修
------	----------	-----	-------------

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】 <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・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、上記の電話及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		(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	1年未満 5~10年	1~3年 3~5年 10年以上	年代	才代
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	1年未満 5~10年	1~3年 3~5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。

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

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)
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