

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-18(HP)	研修名	医療機関との連携の進め方
------	----------	-----	--------------

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		職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏名	男・女	職 種	
	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

※次のアンケートにご協力ください(研修内容の参考にさせていただきます。)

本研修で学びたいこと、日頃の業務で医療機関との連携で困っていること等がありましたらご記入ください。

■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)		

※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】