

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12月25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

研修番号	A-17(HP)	研修名	組織で取組むリスクマネジメント研修～効果的なリスク管理を目指して～
------	----------	-----	-----------------------------------

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	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 1～3年 3～5年 5～10年 10年以上	管理職経験年数	年	ヶ月	
2	ふりがな	男・女	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 1～3年 3～5年 5～10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。

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】

指定管理者: 社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会