

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	B-25(HP・延長)	研修名	こどもの食物アレルギーとアトピー性皮膚炎～正しい知識と対応～
------	-------------	-----	--------------------------------

太枠内を全てご記入ください。

※個人申込の場合でも、福祉の現場で活動をする方を対象とした研修のため、施設・事業所名・活動内容も必ずご記入ください。

<p>【法人・団体名】</p>	<p>Q.この研修を何で知りましたか？ (該当する箇所1つに✓)</p> <p><input type="checkbox"/> 施設に届くチラシ</p> <p><input type="checkbox"/> ホームページ</p> <p><input type="checkbox"/> メールマガジン</p> <p><input type="checkbox"/> ウィリングで直接</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>【施設種別・活動内容】 <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、民生委員、食事ボランティア 等)</small></p>	
<p>【施設・事業所名】</p>	
<p>【研修担当者名】</p>	<p>【電話】 _____ (職場・自宅)</p> <p>【FAX】 _____ (職場・自宅)</p> <p>※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。</p>

申込結果送付先	<p>【宛先】 ※申込結果を郵送します。正確にご記入ください。</p> <p>宛先は _____</p> <p>(職場・自宅)</p> <p>※いずれかに○を してください。</p>	<p>_____</p> <p>※自宅に○をされた方は、上記の電話 および氏名をご記入ください。⇒ 氏名: _____</p>
---------	---	---

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				職種コード番号	その他の方はご記入ください。
	氏名		男	職 種 または 活動内容		
福祉職場 経験年数または 活動経験年数	1年未満 1～3年 3～5年 5～10年 10年以上		年 代		才 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がございましたらご記入ください。

研修当日、ご記入内容の全てにお応えできるものではないことを、予めご了承くださいますようお願いいたします。

■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.	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】