

申込締切：平成30年2月13日（火）15時

FAX045-313-0737 おかけ間違いのないよう、ご注意ください

TEL 確認日時：
月 日
時 分

受付番号

平成29年度 施設運営管理研修 受講申込書

福祉研修センター 宛

◆施設情報

平成 年 月 日

施設名		
	県社協会員	会員 ・ 会員外
所在地	〒	
	TEL :	FAX :
研修担当（記入）者氏名：		

◆受講者情報

優先順位	フリガナ			受講者 ID	※①
	氏名	姓	名	職種コード	※②
	性別	男性	・ 女性	福祉職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦	年 月 日	現施設入職年月	西暦 年 月入職

◆受講動機（以下の欄に受講者ご自身をご記入ください）

（受講者自身から）この研修に期待していることをご記入ください

※① 受講者 ID 欄は、本会の ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

※② 職種コード（別表1）は、下記を参照してください。

職種 CODE	職 種	職種 CODE	職 種
41	理事長	55	調理員
42	理事長以外の役員	56	栄養士（管理栄養士を含む）
43	施設長	57	看護職員（看護師・准看護師）
44	副施設長	58	医師
45	主任生活相談員・主任指導員・主任児童指導員	59	ホームヘルパー
46	生活相談員・指導員・児童指導員	60	理学療法士・作業療法士・臨床心理士等
47	主任介護職員・主任生活支援員	61	保健師
48	介護職員・生活支援員	62	厚生員
49	主任保育士	63	管理人
50	保育士	64	介助員
51	事務長	65	介護支援専門員
52	事務職員	66	サービス提供責任者
53	相談員（MS、PSを含む）	69	その他

個人情報の利用目的 本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。

（注）FAX送信後は必ず事務局に電話で送受信確認をしてください。

TEL:045-311-1429 FAX:045-313-0737