

平成29年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修

受講申込書

社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 事務局長 様

下記の者に標記研修を受講させたいので申込みます。

法人名 _____

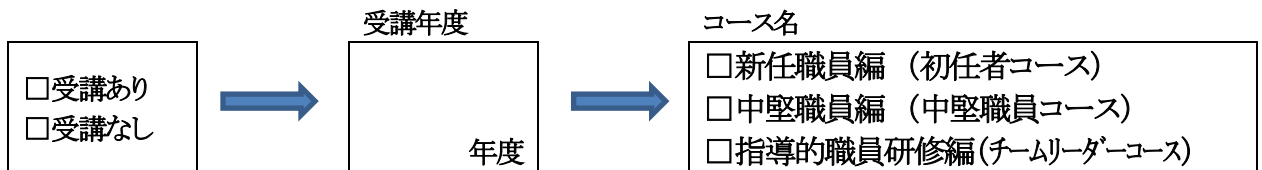
施設・施設名 _____

役職・施設長名 役職 _____ 氏名 _____

受講コース1つに○をつけてください。 初任者A日程 ・ 初任者B日程 中堅職員A日程 ・ 中堅職員B日程 チームリーダーA日程・チームリーダーB日程 管理職員コース					
受講希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	S・H 年 月 日生	同一施設内での 日程ごとの 優先順位(※2)	人中 番目
		性別	男 ・ 女		
勤務先名称	機関(施設等)の種別(該当するものに○をつけてください) <高齢者関連> A. 養護老人ホーム B. 特別養護老人ホーム C. 軽費老人ホーム D. 有料老人ホーム E. 介護老人保健施設 F. デイサービスセンター G. 地域包括支援センター H. 認知症高齢者グループホーム I. 小規模多機能型居宅介護 J. 訪問介護事業所 K. 居宅介護支援事業所 L. その他()				
受講決定 の送付先	法人・施設 ※3 いずれかに○をつけてください。 〒 _____	<障害者(児)関連> M. 障害者支援施設 N. 日中活動に関する事業を実施する事業所 O. グループホーム P. 障害児関連施設 Q. その他()			
	TEL: () FAX: () 連絡ご担当者: _____ ※事前課題及び研修実施後アンケートの送付先になります。	<保育> R. 保育園 S. 認定こども園 <その他> T. 保護施設 U. 児童関連施設 V. 市町村社会福祉協議会 W. 医療機関 X. その他()			
現在の職種	現職職場での経験 福祉職経験(通算)		年 月	年 月	
備考					

※1【受講者アンケート】

今までに階層別研修を受講したことがありますか。該当部分にチェック印をつけてください。



※2 同一事業所内で複数の受講希望者がいる場合は、本申込書を複写してお申込みください。その場合、日程ごとの優先順位を記入してください。(例:3人中2番目)

※3 受講決定の送付先については、法人または事業所のいずれかに○をつけてください。

※4 コースにより申込受付期間の開始が異なります。開催要項をご確認のうえお申込みください。