中堅

ＦＡＸ送信先⇒０３-５３９５－１２０６

(株)アイフィス　行　**【平成２６年４月２５日(金)１７時　必着】**

福祉職員職務階層別研修【全社協キャリアパス対応生涯研修課程】

**平成26年度　中堅職員研修　受講申込書**

**期日（2日間）　　＊いずれも同じ内容です**

第1回　６月２５日（水）・２６日（木）　　第２回　７月　７日（月）・　８日（火）

第３回　７月１５日（火）・１６日（水）　　第４回　７月２３日（水）・２４日（木）

**〔申込事務取扱者記載〕**　　　　　　　　　　平成26年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **1住所** | （〒　　　－　　　　） |
| **2法人名** |  | **3事業所名** |  |
| **4事業所の種類** | １．高齢者関係　　　　２．児童・母子関係３．障害児・者関係　　４．保護関係５．社協　　　　　６．その他（　　　　　　） | **5事務****担当者名** |  |
| **6具体的な事業所の種別** | 例1）特別養護老人ﾎｰﾑ　　例2）就労移行支援・生活介護 |
| **7電話・ＦＡＸ** | 電話（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　ＦＡＸ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**〔受講希望者〕　　　\***２名以上申し込む場合には、この用紙をコピーしてください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ****1氏　名** |  | 男・女 | **2職種** |  | **3ﾃｷｽﾄ不要の方はﾁｪｯｸを付けてください** |
|  |
| □テキスト不要 |
| **4生年月日** | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 | **5現法人での経験年数** | 　　　　　年　　　　　　ヵ月 |
| **6希望受講回**\*ご希望の受講回を選んでください | **第1希望** | □第１回　　□第２回　　□第３回　　□第４回 |
| **第2希望** | □第１回　　□第２回　　□第３回　　□第４回　　□希望ナシ |
| **７新任職員研修受講履歴**【備考欄】（研修受講にあたり何らかの配慮が必要な場合等はこちらにご記入ください） | 新任職員研修　　①受講した（平成　　年度）　　　②受講してない　　　③不明 |

○生年月日は修了証記載目的でお聞きするものです。その他、記入いただいた内容は本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。経験年数、受講履歴等は、ｸﾞﾙｰﾌﾟ分けの際参考にさせていただきます。