

「クレーム・苦情対応研修」

受講申込書

★電話でお申込みの後、FAXか郵送で申込書をお送りください。

申込み期間：平成30年6月11日（月）～定員に達し次第終了

※事前にお電話がない場合は、申込無効となりますのでご注意ください。

FAX：044-739-8740

法人・団体名		施設・事業所名			
勤務地（受講票送付先） 〒 —					
TEL	— —		FAX	— —	
ふりがな		年齢	歳	性別	男・女
氏名					
職種	分野		児童・障害・高齢		
		*該当するものに○		その他（ ）	
現在の職場での勤務年数		年	ヶ月		
*5月末現在					

★上記以外の連絡先についてご記入ください。

※各種確認および研修当日に確実に連絡が取れる方（取りまとめ担当者等）を必ずご記入ください。
上記以外の連絡先（携帯電話等）がない場合は、記載不要です。

担当者・本人		← どちらかに○をしてください。			
ふりがな		TEL	— —		
氏名					
施設・事業所名（受講者と勤務場所が異なる場合にのみ記入）					

◎この申込書に記載された情報は、本研修事業のみで使用し、他の目的には一切使用いたしません。

【送付・問合せ先】

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 川崎市福祉人材バンク
〒211-0053 川崎市中原区上小田中 6-22-5 川崎市総合福祉センター5階
☎ 044-739-8726 / FAX 044-739-8740