

平成29年度 社会福祉施設等中堅職員研修 受講申込書

★電話でお申込みの後、郵送かFAXで申込書をお送りください。

※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					
お申込みの 日程	・A日程（平成29年8月23日、25日） ・B日程（平成29年9月5日、6日）				
職 種 *該当するものに○	介護職・相談員・指導員・ 保育士・ケアマネ・ その他（ ）	分 野 *該当するものに○	児童・障害・高齢・ その他（ ）		
社会人歴 *7月末現在	通算 年 ヶ月	現在の職場での勤務年数 *7月末現在		年 ヶ月	

★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