

# 平成30年度 社会福祉施設等職員研修（管理者向け研修） 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。

申込み期間 平成30年3月26日（月）～4月10日（火）

※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					
職位 (施設長、主任など)	分野		児童・障害・高齢・ *該当するものに○ その他（ ）		
勤務年数 *4月末現在	通算	年	ヶ月	現在の職位での勤務年数 *4月末現在	年 ヶ月

★上記以外の連絡先があればご記入ください。

※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