

「コミュニティソーシャルワーク」研修 受講申込書

★必ずお電話にて申し込みの後、以下申込書をFAXしてください。

※複数名お申し込みの場合は、恐れ入りますがコピーしてお使い下さい。

..... 受講申込書

FAX⇒ 044-739-8740

【種別】 ※あてはまる数字に○をしてください 1. 施設団体職員 2. 行政職員 3. 社会福祉協議会職員 4. 地域包括支援センター職員 5. その他（ ）			
【職種（資格）】 ※あてはまる数字に○をしてください。またお持ちの資格があれば、ご記入ください。例：介護支援専門員、社会福祉士 等 1. 介護職（資格： ） 2. 支援員（資格： ） 3. 相談員（資格： ） 4. 指導員（資格： ） 5. 保育士（資格： ） 6. 看護職（資格： ） 7. 事務職（資格： ） 8. 介護支援専門員（資格： ） 9. 社会福祉協議会専門員（資格： ） 10. その他の職種： （資格： ）			
【所属名】 例：社会福祉法人〇〇会特別養護老人ホーム□□、〇〇区役所△△課		【分野】 ※○をしてください 高齢・障害・保育	【担当・活動地区】 川崎市 区 <small>例：川崎市中原区</small>
【連絡先住所】 〒 川崎市		【TEL】	【FAX】
ふりがな <hr/> 氏名		職務内容	
年 齢	性 別	経 験 年 数 （福祉職に おける）	
歳 代	男 ・ 女	年 月	

◎現在解決したい地域課題や、研修で学びたい事等ありましたら、ご記入ください。

--

ご記入いただいた情報は本研修事業にのみ使用いたします。