

(Aコース)6月8日・(Bコース)6月27日 締切

(一財)O A A fax 078(754)8632

2017年度 福祉施設 新任職員フォローアップ研修
受講申込書 (E-mail: czg03047@nifty.com可)

事業所名 _____

申込責任者 _____

所 属 (_____)

連絡先 (_____)

* 受付確認通知者を記入して下さい

下記のとおり申し込みます。

ふりがな		性 別	年 齢	
氏 名		1. 男 2. 女	歳	
受講希望 コース	Aコース 6月15日～16日	Bコース 7月4日～5日	コース 変更の可否	可 ・ 否
ふりがな		T E L		
勤務先 事業所名		F A X		
職種等	(介護・保育・事務等・他) (貴事業所在職 年 ヶ月) (他に経験年数ある場合 年)			
勤務先 所在地	〒			
事業所 種 別 (該当するものすべてに ○印)	児 童	1. 児童養護施設 2. 乳児院 3. 母子生活支援施設 4. 保育所 5. 障害児施設(入所・通所) 6. その他(_____)		
	障害者	7. 施設入所支援 8. 共同生活介護 9. 療養介護 10. 生活介護 11. 共同生活援助 12. 自立訓練(機能訓練) 13. 自立訓練(生活訓練) 14. 就労移行支援 15. 就労継続(雇用型) 16. 就労継続(非雇用型) 17. 地域活動支援センター 18. その他(_____)		
	高齢者	19. 特別養護老人ホーム 20. 養護老人ホーム 21. デイサービスセンター 22. その他(_____)		
	社 協	23. 社会福祉協議会	そ の 他	24. 救護施設 25. その他(_____)

《ご記入に際しての注意事項》

* 2名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、1人につき1枚ご記入下さい。

* 受講票の送付はありません。

※個人情報保護法施行に伴うお知らせ

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することはありません。