

令和2年度 ストレスマネジメント研修 (中堅職員コース) 受講申込書

施設種別 児童・障害・高齢・保護・保育・社協
その他 ()
該当する種別を を囲んでください。

法人名 _____
施設・事業所名 _____
担当者名 _____
〒 _____
住 所 _____
電話番号 () _____
F A X 番号 () _____

研修期日 A日程：令和2年7月 8日(水)
B日程：令和2年7月15日(水)
C日程：令和2年7月28日(火)

No. 県社協 記入欄	希望日程 いずれかに 印	ふりがな	職 種	経験年数
		氏 名		
	A・B・C			年 月

経験年数は、令和2年7月1日現在で記入してください。

定員になり次第、締め切らせていただきます。定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

2名以上の申込みをされる場合には、本申込書をコピーして使用してください。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先
ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

T E L - -

研修に参加して、特に学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。
簡潔に記入してください。(Web申込の場合は、備考欄に記入してください。)