

令和2年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程
チームリーダーコース 受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別 高齢・障害・児童・保護・その他
※該当する種別を○で囲んでください。

法人名 _____

施設・事業所名 _____

担当者名 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

●期 日 (1) A日程：令和2年8月24日(月)・28日(金)

(2) B日程：令和2年10月8日(木)・15日(木)

No. 県社協 記入欄	日程 (希望の日程に○印)	ふりがな 氏名	職 種	経験年数
	A・B			年 ヶ月
	A・B			年 ヶ月

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。

(_____)

- 1 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や日程の変更をお願いする場合は、その旨本会から連絡します。
- 2 経験年数は、令和2年8月1日現在で記入してください。
- 3 3名以上申込希望の場合は、コピーして御利用ください。