福岡県社協　研修課　行（ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２）

**令和２年度 業務改善研修**

**～業務改善実践のためのファシリテーション～**

**受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別　児童・障害・高齢・保護・保育・社協

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他 （　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当する種別に○を囲んでください。

　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （　　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 （　　　　）　　　　－

　　◎研修期日　Ａ日程　令和２年１１月２４日（火）・２５日（水）

Ｂ日程　令和２年１２月２２日（火）・２３日（水）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  | 年 　　月 |
|  |

※　経験年数は、令和２年１１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。

●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。）

|  |  |
| --- | --- |
| **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右記に緊急連絡先を御記入ください | **ＴＥＬ** |