**福岡県社協　研修課　行（ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２**）

**※ＦＡＸと併せて開催要綱１２（２）のとおり事務局あてメール送信ください。**

**令和２年度業務目標の設定・管理・達成研修**

**受講申込書**

施設種別　児童・障害・高齢・保護・保育・社協

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　その他（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※○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 （　　　　　）　　　　－

◎研修期日　Ａ日程：令和３年２月２７日（土）／ Ｂ日程：令和３年３月１１日（木）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.**  県社協記入欄 | **ふりがな** | **職　種** | **経験年数** |
| **氏　名** |
|  |  |  | 年 　　月 |
|  |
| **希望日程**  **※いずれかに○印** | **Ａ　・　Ｂ** | **接続テストへの参加**  **※いずれかに○印** | **参加する・参加しない** |
| **メールアドレス**  **（後日決定通知を送付します）** | | **＠** | |

**※経験年数は、令和３年２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のみ、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、この用紙をコピーして使用してください。**

●**本研修に参加して、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。（研修受講管理システムによる申込の場合は、備考欄に記入）**