**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　説明力向上研修　受講申込書**

施設種別　児童・障害・高齢・保護・保育・社協

　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当する施設種別を○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 （　　　　）　　　　－

　◎研修期日　**Ａ日程：令和３年２月３日（水）／　Ｂ日程：令和３年２月６日（土）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.**（県社協記入欄） | **ふりがな** | **職　　種（役　職）** | **経験年数** |
| **氏　　名** |
|  |  |  | 　　年　　月 |
|  |
| **希望日程　いずれかに○印** | **Ａ 　・ 　Ｂ** |

**※　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）**