**集合研修用**

福岡県社協 福祉・介護研修センター行（FAX 092-584-3402）

令和３年度　社会福祉施設役職員研修

**新任職員研修**　受講申込書

施設種別　高齢・障害・児童・保護・社協・その他

**※○で囲んでください。**

施　 設　 名

担当者名

　　　　　　　　　　　〒　　　－

住　　　　所

電話番号　（　　　　　）　　　－

ＦＡＸ番号　（　　　　　）　　　－

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**県社協記入欄 | **ふりがな** | **職　種** | **通 算****年 数** | **経 験****年 数** |
| **氏　名** |
|  |  |  | 　年 | 　　年 |
|  |
| **希望する日程に○印** |
| **Ａ** | 令和３年５月１１日（火）・５月２０日（木） | 集合研修 |
| **Ｂ** | 令和３年５月１２日（水）・５月２５日（火） |
| **Ｃ** | 令和３年５月１３日（木）・５月２６日（水） |

**※Ｄ・Ｅ日程については、別途専用の申込書（エクセル表）をメールで送信してください。**

★講義や実践報告の参考とするため、新任職員として、あなたが抱えている不安、悩み、

期待や日常業務の中で疑問に思っていること等を簡潔に御記入ください。

（Ｗｅｂ申込の場合は、備考欄に御記入ください。）

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 通算年数は社会福祉施設従事年数、経験年数は現職種従事年数を御記入ください。