送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

**FAX：059-222-0305**

令和6年　　　月　　　日

**令和6年度キャリアパス対応生涯研修**

**【 初任者コース 】　受講申込書**

**【申込法人・機関】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法 人 |  | | |
| 施設名 |  | | |
| 申込記入者名 |  | 電話番号 |  |

**【受講決定通知・テキスト等送付先】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先施設名 |  |  |
| 送付先住所等 |  | 〒  〔 TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　〔 FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◆注意事項◆**  ※ 参加希望日程の優先順位を必ずご記入ください。  ※ 申込状況により、第2希望日程にて受講決定となる可能性がありますのでご容赦ください。 | | | | | | |
| 第１  希望 | 第２  希望 | （施設種別：（例）老人,障がい）  所属施設名 | フリガナ | 生年月日（和暦） | 職　　　名 | 福祉職場  経験年数  （通算） |
| 氏　　　　　名 |
|  |  | （施設種別：　　　　　　　　　　　） |  | 昭和　　・　　平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  | （施設種別：　　　　　　　　　　　） |  | 昭和　　・　　平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  | （施設種別：　　　　　　　　　　　） |  | 昭和　　・　　平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |

【申込締切：**5月14日（火）】※本会必着**

※ 本研修の受講にあたり、事前学習の取組み、および事前学習課題の提出が**必須**となっております。

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

※ 生年月日は受講後にお渡しする修了証書に使用いたしますので、必ずご記入ください。

【お申込・お問合せ先】〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課

TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**