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　※送り状は不要です。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

**令和7年度課題別専門研修Ⅰ・Ⅱ「福祉人材の定着支援体制強化研修①・②」受講申込書**

【申込法人・施設情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 申込施設名 |  |
| 研修担当者名 |  | メールアドレス |  |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |

【受講申込者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | |  | | | 種　別 | | 受講希望日程（☑を記入） |
|  | | | | | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　社協　/　その他  （　　　　　　　　　　　） | | □両日参加  □第１回のみ参加  □第2回のみ参加 |
|  | | | | |
| 福祉現場  経験年数 | | | 年　　ヶ月 | 職　名 |  | 所属  施設名 |  |
| ② | |  | | | 種　別 | | 受講希望日程（☑を記入） |
|  | | | | | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　社協　/　その他  （　　　　　　　　　　　） | | □両日参加  □第１回のみ参加  □第2回のみ参加 |
|  | | | | |
| 福祉現場  経験年数 | | | 年　　ヶ月 | 職　名 |  | 所属  施設名 |  |
| ③ |  | | | | 種　別 | | 受講希望日程（☑を記入） |
|  | | | | | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　社協　/　その他  （　　　　　　　　　　　） | | □両日参加  □第１回のみ参加  □第2回のみ参加 |
|  | | | | |
| 福祉現場  経験年数 | | | 年　　ヶ月 | 職　名 |  | 所属  施設名 |  |

【備考】

|  |
| --- |
|  |

※お申込みいただく前に必ず「開催要綱」をご確認ください。

※ご記入いただいた個人情報は、当研修事業の運営以外には使用いたしません。

※受講料は原則、受付時に現金にてお支払いいただいております。受講料請求書発行に関する問い合わせにつきましては、直接当会までご連絡ください。　　　　　　　　申込締切日：7月1日（火）