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7年　　　月　　　日

**令和７年度キャリアパス対応生涯研修**

**【初任者コース】 D日程・E日程 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。※ E日程については、申込状況により開催を取りやめる場合がございますので、予めご了承ください。 |
| 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 |  |  |
|  |
| **＜備考＞** |

【申込締切：**９月１８日（木）】※当会必着**

※ 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**