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

**※締切：4月28日（金）17時迄**

FAX：059-222-0305

**令和５年度 自主企画研修【社会福祉施設等職員研修A-1】**

**「福祉施設職員新人研修～社会人としての基礎・マナー～」**

**受　　講　　申　　込　　書**

**○研修会名　　「福祉施設職員新人研修～社会人としての基礎・マナー～」**

**○開催日時　　A日程：令和5年15月19日（火）　9：00～16：00**

**○開催日時　　B日程：令和5年15月17日（水）　9：00～16：00**

**○開催形式　　集合研修（会場：三重県社会福祉会館　3階　講堂）**

**【申込時の注意事項】　※必ずお目通しください！**

※ お申込みいただく前に必ずホームページ掲載の**「開催要綱」**を御確認ください。

※ 御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。

※ 申込は人数単位で受け付けます。受講料はお申込みいただく人数分発生する点に御注意ください。

▼以下、記入欄▼

**【受講希望者について】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | | |
| 氏　　　　名 |  | | |
| 所属先施設名称 |  | | |
| 職　名　（職　種） |  | 経験年数 | 年 |

**【申込元となる法人・施設等について】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名　称 | |  | | | |
| 施　設　名　称 | |  | | | |
| 法人または施設所在地 | | 〒 | | | |
| TEL |  | FAX |  | 担当者名 |  |
| 希　望　日　程 | | ※どちらかに〇をつけてください。  ※人数状況により、別日程に調整させていただく場合がございます。  A日程　　　　　・　　　　　B日程 | | | |

　【問い合わせ先】　社会福祉法人三重県社会福祉協議会　福祉育成支援課　社会福祉研修センター

【問い合わせ先】　　TEL：059-213-0533 / FAX：059-222-0305 / Mail：kensyu@miewel.or.jp