令和　　年　　月　　日

ＦＡＸ（０７８－２７１－５３６５）

市民福祉大学　研修申込用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 研　修　名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性　別 |
| 氏　名 |  | | | 男性　／　女性 |
| 生年月日  年齢 | 西暦  　　　 年　　月　　日  歳 | 採用  年月日 | （現在の職場における日付）  西暦  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 施設名・  業種名 | 分野  □高齢者福祉　□障がい者福祉　□児童福祉施設　□母子生活支援  □保育園・認定こども園　□救護施設　□その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 法人名 | | 施設名 | |
| 業種名（例：「特別養護老人ホーム」など） | | 職名（例：「生活指導員」など） | |
| 資　格  お持ちのものに☑をつけてください | □社会福祉士　□精神保健福祉士　□介護福祉士　□介護支援専門員  □保育士　　　□幼稚園教諭　　　□看護師　　　□栄養士　　□調理師  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講動機 | 受講を考えたきっかけや動機は何ですか。 | | | |
| 施設所在地 | 〒 | | | |
| 施設  電話・FAX | 電話 | | Fax | |
| 施設代表  メールアドレス | ★施設の代表アドレスをご記入ください。研修案内をお送りすることがあります。 | | | |
| 備　考 |  | | | |
| 希望コース  （コース指定のある研修のみ記入） | （　）コース  月　　日（　　） | | | |

※用紙が足りない場合はコピーをお願いします。

※ホームページからもお申し込みいただけます。