

F A X 0 8 9 - 9 2 1 - 3 3 9 8 ( 送 信 紙 不 要 )

令和5年度「福祉の職場」中堅職員研修会 受講申込書

申込日：令和5年 月 日

事業所名	法人名等からご記入ください。		
事業所連絡先	〒		
	TEL		FAX
	Eメール	@	
ふりがな			
参加者名			
役職名		実務経験年数	年 月
ふりがな			
参加者名			
役職名		実務経験年数	年 月
ふりがな			
参加者名			
役職名		実務経験年数	年 月
質問事項	中堅職員としての悩みや課題等について具体的にご記入ください。ただし、個別の事例すべてについて、講義の中で講師から回答するものではありませんのでご了承ください。		

●実務経験年数は、現在の職場に入職してからの勤務年数をでご記入ください。(介護職、相談員不問)

■申込期限 令和5年8月10日(木)

■送信先 愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 人材研修課 (担当：友澤・平田)