

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

令和6年度「福祉の職場」中堅職員研修会 受講申込書

申込日：令和6年 月 日

法人名			
事業所名			
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
	(例：介護職員、支援員 等)		
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ご記入ください。(介護職、相談員不問)

■申込期限 令和6年8月19日(月)

■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・吉川)