

平成30年度 福祉職のためのマナー研修（中級）  
～内面をみがくコミュニケーション術～

参加申込書

[事業所連絡先]

平成30年 月 日

種別（いずれかに○）	高齢 ・ 障害 ・ 児童 ・ 社協 ・ その他（ ）		
事業所名称			
京都府社協会員区分 （いずれかに○）	1. 京都府社協会員 2. 京都府社協賛助会員	3. 非会員 4. 今回、京都府社協会員となることを希望	
きょうと福祉人材育成認 証制度（いずれかに○）	1. 上位認証・認証団体	2. 宣言団体	3. 未宣言団体
連絡先	〒 TEL（ ） — FAX（ ） —		
連絡担当者名			

[参加申込者]

No.	(ふりがな) 氏名	経験年数	生年月日 (西暦で記載)	希望コース (○印をつけてください)			
				北部 (5/24)	南部1 (5/31)	南部2 (6/7)	
1	ふりがな( )	年 月 日	(西暦) 年 月 日				
		職種	介護職・生活相談（支援）職・看護職・事務職・栄養士・調理員・社協職員・介護支援専門員・その他（ ）				
		転職経験	無 ・ 有（前職業種： ）				
2	ふりがな( )	年 月 日	(西暦) 年 月 日				
		職種	介護職・生活相談（支援）職・看護職・事務職・栄養士・調理員・社協職員・介護支援専門員・その他（ ）				
		転職経験	無 ・ 有（前職業種： ）				

※ 経験年数は、現在の職場だけでなく、社会人経験（職歴）の通算を御記入ください。（平成30年4月1日現在）

※ 転職経験がある場合はその旨御記入ください。

※ 申し込み欄が不足する場合は、本申込書をコピーして御使用ください。

※ **4月25日(水) 17:00**までにお申し込みください。FAXの場合は着信確認(TEL:075-252-6296)をお願いします。

[通信欄]

社会福祉法人京都府社会福祉協議会 京都府福祉人材・研修センター 研修課 行

FAX (075) 252-6312

送信表は不要です