

受講申込書 特定課題【ファシリテーション研修】

団体・機関名				氏名(連絡先及び担当者)		
郵便番号・住所				TEL/FAX		
No.	所 属	職 名	氏 名	※業務従事年数		情報交換会 に参加する
				通算年数	現職年数	
1				年	年	
2				年	年	
3				年	年	
4				年	年	
5				年	年	
例	〇〇町 福祉課	主任	滝沢花子	10 年	1 年	○

※業務従事年数の通算年数は職員採用時からの年数、現職年数は現所属課での経験年数の意。

**申込期限 平成29年6月27日(火)必着**  
**FAX送信先 019-694-2438**  
**e-mail送信先 sfk@ml.iwate-pu.ac.jp**

研修を充実した内容にするため、事前アンケートにご協力下さい。

事前 アン ケ ー ト	<p><b>Q1</b> 本研修において修得したいと考えている技術・知識等がございましたら具体的にお聞かせ下さい。</p>
	<p><b>Q2</b> 現在の仕事の中で、ファシリテーション技術を使う(予定も含む)のは具体的にどのような場面ですか。</p>
	<p><b>Q3</b> その他要望事項等がございましたらお聞かせ下さい。</p>