

受講申込書 【福祉行政リーダー研修】

年 月 日 申込み

団体・機関名		(連絡先及び担当者)			
住所 〒		メールアドレス(差し支えなければ)			
Tel ()		FAX			
No.	所 属	職 名	氏 名	業務従事年数 ※	
				通算年数	現職年数
1				年	年
2				年	年
3				年	年
4				年	年
5				年	年

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

申込み期限	平成29年6月2日(金)
ファックス送信先	019-694-2438
e-mail送信先	sfk@ml.iwate-pu.ac.jp

※昨年度とファックス番号が変わりました

※研修をより充実した内容にするため、事前アンケートにご協力ください

Q1 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お聞かせ下さい。
Q2 別添受講案内に掲げる各講義内容について、講師に対する質問等がございましたらお聞かせ下さい。
Q3 その他要望事項等がございましたらお聞かせ下さい。