

## 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	
				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30年5月25日(金)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	Q1 本研修に期待することは何ですか。
	Q2 ファシリテーション技術を使ってみたい職場での困りごとがありましたらお聞かせください。
Q3 その他要望事項等がございましたらお聞かせ下さい。	

公立大学法人岩手県立大学社会福祉学部  
 研修係 藤根・田中・北口