

団体・機関名		連絡担当者氏名									
郵便番号・住所		TEL				FAX					
No.	所 属	職 名	氏 名	全体 研修	少人数演習 (受講研修欄に○を記入)				業務従事年数 ※		
					児童	障がい	地域	高齢	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。

◇原則として、全体研修と少人数演習をセットで受講していただきます。

◇各研修の応募状況によっては、全体研修のみ、あるいは少人数演習のみの受講も可とする場合がありますので、セットで受講できない方は、参加を希望される研修のみに「○」をご記入の上、お申込願います。
申込者多数の場合は、セットでの申込者の受講を優先します。

FAX送信先 : 019-694-2438

申込期限

Eメール送信先: sfk@ml.iwate-pu.ac.jp

平成30年5月31日(木)

◆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。
	Q2 別紙2「研修プログラム」に掲げる各講義等について、講師に対する質問事項等がございましたら具体的にお聞かせ下さい。
	Q3 その他要望事項等がございましたらお聞かせ下さい。