FAX番号　0857-59-6340

鳥取県社会福祉協議会　福祉人材部（矢田、中村）行

平成23年度潜在的有資格者等養成支援事業

「キャリアアップ支援研修」参加申込書

※参加申込書が不足の場合は、本様式をコピーして使用してください

ふりがな		性　別	年　代
氏　　名		男　・　女	（例・40代）　　代
住　　所	〒		
電話番号		FAX番号	
希望研修	・　8月　1日（月）　・　9月　9日（金）　・10月18日（火） ・11月18日（金）　・12月11日（日） ※全日程の参加も可能です		
アンケート	1. 現在、福祉・介護分野以外で仕事をされていますか している　・　していない 2. 今後、福祉・介護分野で仕事を希望されますか す　　る　・　しない 3. 福祉・介護分野に（再）就職を希望される場合、なにか不安なことがあれば（既に働いている方は現在の不安や悩み）お書きください。 4. 本研修に希望することをお書きください。		

【個人情報保護の取扱】

「参加申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営・管理のみに使用します。

※参加申込書に必要事項を御記入の上、各回開催の2週間前までに担当宛に提出（FAX可）してください（第1回は7月15日（金）までに提出してください）。