平成３０年 　 月　　日

**平成３０年度　福祉行政機関新任職員研修**

兵庫県社会福祉協議会

　社会福祉研修所長　様

所属名

所属長名

**下記のとおり申し込みます。**

**（平成30年4月1日現在）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 補職名（主査・主任等） |
| 氏　　　名 |  | 男 ・ 女 |  |
| 勤　務　先  所　在　地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　（　　　　） | | |
| 現在の担当業務 | 1. 生活保護　　　　　２．高齢者福祉　　　　３．介護保険関係 2. 身体障害者福祉　　５．知的（精神）障害者福祉   ６．児童福祉　　　　　７．母子・寡婦福祉  ８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | |
| 備考 |  | | |

※　該当する事項に記入又は番号に○をつけてください。

所属で申込者が複数おられる場合は、受講申込書を複写して、１人1枚ずつご記入ください。

【個人情報保護法に基づく取扱い】

（１）「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することはなく、また、その管理については、兵庫県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき適正に行い、無断で第三者に提供することはありません。

（２）演習等への活用及び受講者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配付します。