送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

FAX：059-222-0305　※送り状は不要です。

令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

**令和6年度自主企画研修【社会福祉施設職員対象研修A-7】**

**「スーパービジョン実践研修」　受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | 施　設　名 |  |
| 研修担当者氏名 |  | 会員・非会員 | □ 会員　　・　　□ 非会員 |
| 申込法人・施設住所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| **緊急連絡先**  **メールアドレス** | ※はっきりとわかるようにご記載ください。 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 種　別 | 職　名 | 所　属　施　設 | 福祉職場  経験年数  （通算） |
| 受講者氏名 |
|  | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　乳児院　/　母子  その他（　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |
|  | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　乳児院　/　母子  その他（　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |
|  | 老人 / 障がい　/　児童  保育　/　乳児院　/　母子  その他（　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |
| ＜備考＞ | | | | |

|  |
| --- |
| 申込締切：10月22日（火）　※本会必着 |

※お申込みいただく前に必ず「開催要綱」をご確認ください。

※ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営以外には使用いたしません。

※本会ホームページからもお申込みいただけます。

　　【お問い合わせ先】　　〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

　　　　　　　　　　　　　　 　社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課

　　　　　　　　　　　　　 TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**