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

**※締切：7月21日（金）17時まで**

FAX：059-222-0305

**令和５年度 課題別専門研修Ⅴ**

**「福祉施設職員のためのアンガーマネジメント」**

**受　　講　　申　　込　　書**

**○研修会名：「福祉施設職員のためのアンガーマネジメント」**

**○開催日時：令和5年8月4日（金）**

**○開催形式：Zoomミーティングによるライブ配信**

**【申込時の注意事項】　※必ずお目通しください！**

※ お申込みいただく前に必ずホームページ掲載の**「開催要綱」**を御確認ください。

※ 御記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

※ 申込は人数単位で受け付けます。受講料はお申込みいただく人数分発生する点に御注意ください。

※ 申込受付後、受講料の請求書を発行いたしますので、指定の口座に振込期限までにお支払いください。

▼以下、記入欄▼

**【受講希望者について】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | | |
| 氏　　　　名 |  | | |
| 所属先施設名称 |  | | |
| 職　名　（職　種） |  | 経験年数 | 年 |

**【申込元となる法人・施設等について】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名　称 | |  | | | |
| 施　設　名　称 | |  | | | |
| 請求書送付先住所 | | 〒 | | | |
| TEL |  | FAX |  | 担当者名 |  |
| メールアドレス  （視聴情報送付先） | |  | | | |
| 請求書宛名　※ | | ※原則上記法人様宛に発行いたします、宛名が異なる場合はこちらに記入してください。 | | | |

　【問い合わせ先】　社会福祉法人三重県社会福祉協議会　福祉育成支援課　社会福祉研修センター

【問い合わせ先】　　TEL：059-213-0533 / FAX：059-222-0305 / Mail：kensyu@miewel.or.jp