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（三重県介護従事者確保事業費補助金事業）**

**「コーチングスキル向上研修」　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 | 職　名 | 所　属　施　設 | 福祉職場  経験年数  （通算） |
| 受講者氏名 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
| ＜備考＞※請求書発行を希望される場合は、この欄に請求書送付先住所・請求書送付先氏名・請求書の宛名（指定がない場合はお申込みいただいた法人宛へ発行します）をご記入ください。 | | | |

|  |
| --- |
| 申込締切：2月21日（金）　※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**