

2021（令和3）年度 聴覚障害者関係施設等新入職員研修

受講申込書（個人用）

※記入後、職場の所属長にご提出下さい。

※交流会への参加をご希望の場合は、別紙「自己紹介シート」も併せてご提出ください。

フリガナ				年齢	性別
氏名					
住所	〒				
電話			F A X		
メール					
施設名					
職種 (業務の内容)					
交流会への参加	<input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部) <input type="checkbox"/> しない				
現在の施設における勤務年数	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以下 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3年未満				
他施設における 聴覚障害福祉関係業務の経験	<input type="checkbox"/> ある (年 カ月) <input type="checkbox"/> ない				
受講料領収書（振込先は受講決定通知にてご案内します）					
<input type="checkbox"/> 必要（領収書名) <input type="checkbox"/> 不要					
過去に研修センターの研修を受けたことがあるか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				