令和７年度 コーチング研修　受講申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属事業所 | 法　人　名 |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 分　　　野 | * 介護保険・老人福祉施設等 * 障害福祉サービス事業所等 * 児童施設 * 社会福祉協議会 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 連　絡　先 | 住　所 | 〒 | | |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 記入者職・氏名 |  | | | |

令和７年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　希　望　者 | 氏　名 | （　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 ） | 性　別 | 男  ・  女 |
| 職　種 |  | | |
| 役　職 |  | | |
| 福祉職歴〈通算〉  （令和７年１１月1日現在） | 年 | | |
| 本研修への参加について該当するものに☑をつけてください | * 所属の上司等からの指示で参加（職務命令、経費等は所属負担） * 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は所属負担） * 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は自己負担） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講決定通知  送付先 | 法　人　名 |  |
| 事業所名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |

※受講決定通知送付先が所属事業所と異なる場合は、下記に送付先を記入してください。

◎申込締切日**：　令和７年１１月1８日(火)**

富山県福祉カレッジ　教務課　栗林宛　**ＦＡＸ：０７６－４３２－６５１６**