

FAX送信先	川崎市福祉人材バンク 研修担当宛 (裏表間違えないようにお願いします)
FAX番号	044-739-8740 申込締切日12月20日(金)【17:00必着】

研 修 申 込 書

【研修テーマ】	アルコール依存症の基礎知識		
フリガナ		性別	年齢
氏 名		男・女	歳
住 所	〒 — —		
電 話 番 号	— —		
F A X 番 号	— —		
申 込 者 情 報	それぞれの項目について、該当するところに○を付けてください。		
地域福祉活動経験	活動している 活動経験がある 活動に興味がある		
活 動 区 分	ボランティア (活動内容:) 民生委員 地区社協 町内会自治会 当事者団体 福祉従事者 子育て支援 その他 ()		
経 験 年 数	6ヶ月未満 6ヶ月～1年 1年～3年 3年～5年 5年以上		
ア ン ケ ー ト	<p>Q1 受講動機をお書きください。</p> <p>Q2 人材バンク主催の講座に参加されたことはありますか？</p> <p style="text-align: center;">ある なし</p> <p>Q3 Q2で「ある」とお答えになられた方にお聞きます。 参加された講座は？</p> <ul style="list-style-type: none"> • 幼児安全法支援員養成講習会 • アサーティブコミュニケーション講座 • ストレスマネジメント講座 • 発達障害 • ゲートキーパー講座 		

※ 個人情報の保護について

当研修の申込に関して事務局が知り得た住所・電話番号等の個人情報は、当該研修業務の運営以外に使用される事はありません。※必ずご予定を確認してお申込みをお願いいたします。