

平成 29 年度 全国児童養護施設中堅職員研修会（第 2 回）

参加・昼食・宿泊申込書 (H30.3.2～4 開催)

申込締切日 平成 30 年 1 月 25 日(木)

※受講要件を確認のうえ、原則として先着順の受付となります(定員 200 名)。原則として、定員に達した時点で募集を終了します。
 ※複数名でお申込みの場合は、本申込書を人数分コピーのうえお一人様ずつお申込みください。

新規申込	内容変更	参加取消	申込日	月	日
------	------	------	-----	---	---

◎本研修会の参加対象は、児童養護施設で概ね 3 年以上勤務している児童指導員・保育士等の職員です(施設長は除く)。

都道府県	所属施設名称				
フリガナ			性別	年齢 (H30.3.2 現在)	
参加者氏名			男 ・ 女	歳	
職名 (該当に○印)	1. 児童指導員 2. 保育士 3. 事務職員 4. 栄養士 5. 調理員 6. 心理担当職員 7. 家庭支援専門相談員 8. 里親支援専門相談員 9. 個別対応職員 10. 職業指導員 11. 看護師 12. その他()				児童養護施設経験年数 (H30.3.1 現在)
	(該当する場合は○)				1. 小規模グループケアリーダー 2. 地域小規模児童養護施設リーダー
所属施設 所在地	郵便番号	※郵便番号・住所は正確にご記入ください			
	住 所				
	電話	FAX	申込ご担当者		様
備考欄					

昼食申込	(2 日目) 昼 食 代 1,250 円	申 込	する ・ しない
------	----------------------	-----	----------

宿泊申込	宿泊申込(申込記号をご記入ください)		宿泊日(泊数)	同室者氏名(A-2 の場合)
	第一希望	第二希望	3 月 日より(泊)	

・部屋数に限りがございますので先着順での受付となります。第一希望が満室となりました場合は第二希望でのご手配となります。

・A-2 タイプのお申込みは申込時に同室者が決定されている場合に限らせていただきます(当方では相部屋の方の組み合わせはいたしません)。予めご了承ください。なお申込書の「同室者氏名」欄に同室者のお名前を必ずご記入ください。

必要な配慮	手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 磁気ループ ・ その他()
-------	------------------------------

費用計算欄 申込内容に基づく費用計算をお願いします。

①研修参加費	②昼食代	③宿泊代(第一希望で算出してください)	費用合計額(①～③合計)
15,000 円	円	()円×()泊分	円

・参加券送付時に振込依頼書を同封いたします(2 月下旬頃)。到着後送金手順をお願いします。

**申込書
送付先**

名鉄観光サービス(株)新霞が関支店 担当 波多野、山辺
FAX 03-3595-1119 (送信状は不要です)
 電話 03-3595-1121(受付時間 平日 9:30～17:30・土日祝日休業)

変更・取消が生じた場合は、本申込書を変更箇所がわかるよう訂正のうえ、再度 FAX をお願いします。