（別紙）

※今年度は、動画配信およびZOOMによるオンライン研修となります

社会福祉法人　福井県社会福祉協議会　　　**≪申込締切　10月21日（木）≫**

人材研修課 西川行　（E‐mail: manp@f-shakyo.or.jp FAX: ０７７６-２４-４１８７）

**令和３年度 児童福祉施設　給食担当職員研修受講申込書**

　　 （公立園用）※各園1枚ずつ記入してください。

　令和３年 　月 　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市町名** |  | **市町**  **担当課名** | **〔担当者名： 　　 〕** | | |
| **住　所** | **〒　　 　－** | | | | |
| **ＴＥＬ** |  | | **メール**  **アドレス** | **＠** | |
| **園・事業所名** |  | | | | |
| **園・事業所**  **住　所** | **〒　　　－** | | | **連絡**  **担当者名** |  |
| **ＴＥＬ** |  | | **ＦＡＸ** |  | |
| **(ﾌﾘｶﾞﾅ)**  **メール**  **アドレス** |  | | | | |
| **＠** | | | | |

**※上記事業所あてに受講案内メールを送信いたしますので、必ずメールアドレスをご記入ください。**

**※■「0」ｾﾞﾛ、「o」ｵｰ、■「‐」ﾊｲﾌﾝ、「 \_ 」ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ、■「1」ｲﾁ、「 I 」ｱｲ、「 l 」ｴﾙ、など、区別がつきにくい文字についてはﾌﾘｶﾞﾅを記入してください。 例）manp@×××.com**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **（ふりがな）**  **受講希望者名** | **職　名** | **業務経験年数** |
| **1** |  |  | 年　　月 |
|  |
| **２** |  |  | 年　　月 |
|  |

**※期限前でも定員に達した場合、受付を終了します**

振込先：（銀行名）福井銀行　学園出張所　（口座番号）（普）１１２８０９７

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （口座名義）社会福祉法人　福井県社会福祉協議会

本会指定の振込用紙　・使用する　（福井銀行よりお振込みいただく場合のみ、振込手数料は100円 ＋消費税）

・使用しない

請求書　　□必要（宛名　　　　　　　　　　　）　　　□不要