

令和6年度 ウィリング横浜主催研修 受講申込書

研修番号	C-04	研修名	地域づくりに生かせる組織運営を学ぶ
------	------	-----	-------------------

太枠内を全てご記入ください。

■受講希望者 ※必要事項を記入、または✓を付けてください。

ふりがな			■ 団体名
氏名			
■ 役職 (該当箇所✓)		■ 団体の活動内容(該当箇所✓)	
<input type="checkbox"/> 会長 <input type="checkbox"/> 副会長 <input type="checkbox"/> 事務局長 <input type="checkbox"/> その他 ↓具体的にご記入ください ( )		<input type="checkbox"/> 高齢者サロン <input type="checkbox"/> 子育てサロン <input type="checkbox"/> 見守り活動 <input type="checkbox"/> 食事会・配食 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 健康づくり <input type="checkbox"/> その他 ↓具体的にご記入ください ( )	

申込結果 送付先	■宛先 ※申込結果を郵送します。正確にご記入ください。	
	自宅住所 (受講者)	〒

■連絡先電話番号【受講者本人】	Q.この研修を何で知りましたか? (該当箇所1つに✓)
※日中 連絡の取れる番号	<input type="checkbox"/> 区社協からの案内 <input type="checkbox"/> ホームページ (ハマ・キャリア・ネット) <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> ウィリングで直接 <input type="checkbox"/> その他 ( )
必要な配慮があればご記入ください	

\*\*\*次のアンケートにご協力ください\*\*\*

地域活動団体の組織運営をする中で、困っていることや課題に感じる事、仲間を増やす工夫についてご記入下さい。

研修内容の参考にさせていただきます。なお、研修テーマにより全て内容に反映することは出来かねますのでご了承ください。

■ここでご記入いただく情報は、受講の承認及び不承認の決定、および申込結果の送付のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。加えて、受講決定者については、受講者台帳の作成、研修講師への情報提供、受講者相互交流等、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

■なお個人情報の取扱いについては、横浜市社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針」に基づき、適切にその管理を行います。

※FAX送信後は、不着の場合もありますのでお手数ですが、確認のご連絡をお願いします。【TEL:045(847)6674】

指定管理者:社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会