

福谷講師 申込時アンケート

「障害者（児）福祉施設基礎コース（新任職員研修）」を受講するにあたり、アンケートに御記入の上、5月1日（水）までにFAXから提出をお願いします。

【提出宛先】

山口県社会福祉協議会 福祉研修部（福祉研修センター） 担当：西村

FAX：083-987-0124

Q1 みなさんの障害福祉、あるいは福祉サービス経験について該当に○をつけて必要に応じて記入してください。

- 1 新卒で障害福祉施設等に入職し、現在に至る方  
（経験年数\_\_\_\_\_か月・年）
- 2 異なる業種（業界）で勤めており、その後、障害福祉施設等に入職し、現在に至る方  
（経験年数\_\_\_\_\_か月・年）
- 3 その他（1、2以外の方）

（経験年数\_\_\_\_\_か月・年）

Q2 社会福祉士の資格をお持ちですか。該当に○をつけてください。

（ はい ・ いいえ ）

以上です。ご協力ありがとうございました。