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、４月２９日（火）までにＦＡＸで提出してください。

【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。