**提出〆切日：各日程研修日１０日前**

**〔Ａ日程：５月２７日（金）／Ｂ日程：６月６日（月）／Ｃ日程：６月１３日（月）／Ｄ日程：６月１７日（金）〕**

**FAX ：086-801-9190**矢尾宛（添書不要）　　平成2８年 月 日

**平成2８年度　岡山県福祉職員生涯研修【中堅コース】事前アンケート**

法 人 名  　　　　施 設 名

ＴＥＬ 　　　　－　　 　　　　 　 　　　担当者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講希望者（氏名）** | **職名** | **希望日程** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **A** | **B** | **C** | **D** |
|  |  |  |  |  |  |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※標記研修の事前アンケートとして、受講希望者は開催要綱を参照に、次の内容にお答えください。

※**事前アンケートには参加者と職場（上司）と話し合いの上で必ずお答えくださいますようお願いいたします。**

【事前アンケートの目的】

①受講者、派遣施設・法人において受講目的を明確にし、共有化をはかる。

②受講者、派遣施設・法人が受講後、研修効果を確認するための資料とする。

③受講者が施設・法人への復命を行うための資料とする。

**１．過去に福祉職員生涯研修【新任コース】を受講されたことがありますか。いずれかに○印を附してください。**

　　Ａ．　ある　（受講時期：平成　　　　　年度）　　　　　Ｂ．　ない

**２．今回の研修内容に関して、中堅職員として現在あなたが認識されている課題点を簡潔に箇条書きでご記入ください。**

　　　■

　　　■

　　　■

　　　■

**３．当研修の受講にあたり、あなたが職場（上司）から期待されていることは何ですか。また、あなた自身が研修**

**を通じて学びたいことは何ですか。下欄にご記入ください。**

|  |
| --- |
| （上司から期待されていること）　　※上司と話し合いの上ご記入下さい。 |

|  |
| --- |
| （学びたいこと） |

※アンケート記載内容は研修以外には一切使用いたしません。