福祉人材部　秋本行【FAX　0857－59－6341】

**平成３０年度傾聴ボランティアフォローアップ研修申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 年齢 |
| お名前 |  | 男　・　女 | 歳代 |
| ご住所 | 〒　　　　　　－ | 所属 |
|  |
| TEL | ( ) ― | FAX | （　　　　　）　　 ― |
| 傾聴ボランティア活動状況 | 今までに傾聴ボランティア活動をしたことが　　　　ある　　・　　ない→「ある」の方はその活動状況を記入してください（活動年数　　　　　　　　　　　） |
| 活動上の疑問・困りごとは何ですか？ |  |
| この研修で特に学びたいことは何ですか？ |  |

※研修会は２日間連続で行いますので、両日ともご参加ください。