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。