

申込書の送付先は「所属都道府県社会福祉士会事務局」です。

## 2016年度 成年後見人養成研修(委託集合研修) 受講申込書

下記の通り、受講を申し込みます。

所属都道府県 社会福祉士会名			
(ふりがな) 申込者氏名			
自宅住所	〒 _____		
連絡先電話番号			
連絡先FAX番号 (ある場合)			
<b>受講要件の確認</b> ※□に■(チェック)を入れてください。 ※要件の全てを満たす必要があります。	<input type="checkbox"/> 会員番号 ※会員番号を記載ください。		※受講要件 1
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> 研修修了後、権利擁護センターばあとなあに名簿登録し、受任できる		※受講要件 2
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		※受講要件 4
	*いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅰについては修了年度を記載ください。 <input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅰを受講済み(修了年度: _____ 年度) <input type="checkbox"/> 旧基礎研修を受講済み		※受講要件 5
その他	※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。		

**【申込方法】** 必要事項をご記入のうえ、所属する都道府県社会福祉士会の事務局まで郵便またはFAXにてお申込ください。(電話・E-mailでの申込は受け付けておりません)

**【申込先】** 所属都道府県社会福祉士会事務局

**【申込期間】** 5月1日～6月30日

※定員となり次第締め切ります。

※郵便での申込は締切日消印有効、FAXでの申込は締切日必着。

所属都道府県 社会福祉士会 チェック欄	<input type="checkbox"/> 後見活動に資すると認める。(受講要件3) <input type="checkbox"/> 受講要件(受講要件1, 2, 4, 5)を確認し受講決定を認める。 ※ 受講を認めない場合は、所属都道府県社会福祉士会から受講申込者に、受講不可の旨を連絡ください。
---------------------------	---