（公社）大分県社会福祉士会事務局　行き　　　　　　ＦＡＸ：０９７－５７６－７０７１

２０１７年度　地域包括支援センター社会福祉士　実務研修

実践報告会

**参　加　申　込　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | | ＜会員ですか？＞ | |
| お　名　前 |  | | □会員（No.　　　　　）  □非会員（社会福祉士）  □準・賛助会員　　　□一般 | |
| 日中の連絡先 | ＜自宅・職場・携帯＞電話：（　　　　　）　　　－ | | | |
| ご　自　宅 | 〒（　　　－　　　　　） | | | |
| 電話：（　　　）　　－ | | ＦＡＸ：（　　　）　　－ | |
| Ｅ－ｍａｉｌ： | | | |
| 勤　務　先　名 |  | | | |
| 勤務先住所・  連　絡　先 | 〒（　　　－　　　　　） | | | |
| 電話：（　　　）　　－ | | ＦＡＸ：（　　　）　　－ | |
| Ｅ－ｍａｉｌ： | | | |
| 職種（資格） |  | 経験年数 | |  |
| 備　　　考 | □懇親会参加（４千円程度）　□弁当希望（お茶付５００円/食） | | | |
| 通　信　欄 |  | | | |

＜参加者名簿の作成について＞

* 社会福祉士のネットワーク創りを目的として、参加者名簿を作成して全員に配布します。掲載内容は、氏名及び勤務先、職種（資格）です。なお、参加申込書に記載された個人情報は、本研修会を運営する目的の範囲で使用致します。
* 氏名は必須とし、勤務先名（電話番号を含む）と職種（資格）については、ご了解を得られた方に限り掲載します。参加申込書にご記入頂き、これに基づき作成します。
* 掲載不可のものにチェックをして下さい！

⇒□勤務先の名称＆電話　　□職種（資格）