

2017年度 「地域生活支援と障害者自立支援協議会」研修 受講申込書

FAX：097-576-7071 (公社)大分県社会福祉士会 申込期限：2017年10月13日(金)

下期の通り申し込みます

会員区分	日本社会福祉士会が発行した会員番号 1. 会 員 NO. () 2. 会員以外	所属の都道府県社会福祉士会名	
			※会員の方のみご記入ください
氏 名		勤務先名	
勤務先種別	1. 入所施設 2. グループホーム 3. 就労系事業所 4. 相談支援 5. 生活介護(通所系) 6. その他()	分 野	1. 身体障害者関連 2. 知的障害者関連 3. 精神障害者関連 4. 児童関連 5. その他()
実務経験	1) 1年未満 2) 3年未満 3) 5年未満 4) 10年未満 5) 10年以上		
終了証等等送付先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) ※どちらかにチェックしてください		住所 〒 _____	
		勤務先名 (※送付先が勤務先の場合のみ記入してください)	
連絡先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) ※どちらかにチェックをつけ、平日の日中に連絡がとれる連絡先をご記入ください。		住所 〒 _____	
		TEL :	FAX :
		E-mailアドレス (ある場合のみ)	
受講者名簿への掲載 研修会当日、受講者名簿を配布します。		<input type="checkbox"/> 記載しない ※「受講者名簿」は、受講者番号、氏名、都道府県士会名、勤務先を掲載し受講者へ配布します。「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみの掲載です。	
懇親会への参加希望		<input type="checkbox"/> 参加する (4,000円程度) (※参加人数により開催しない場合があります)	
キャンセル待ち (希望する場合はチェックしてください)		<input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。	
備考 (受講申込にあたって特に配慮を要することなどがあればご記入ください)			

※お預かりした個人情報は、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。
 ※社会福祉士会に入会希望の方は、各都道府県の社会福祉士会事務局までご連絡下さい。
※本研修は認定社会福祉士認証・認定機構へ研修認定された研修です。
 研修認証番号：20170007/研修単位：1単位/
 地域生活支援と障害者自立支援協議会(分野専門/障害分野/ソーシャルワーク機能別科目群)
 ※受講の可否は先着順になっています。
 ※会場までの往復の交通費および宿泊費、昼食は自己手配となります。

【申込・問合せ先】 公益社団法人 大分県社会福祉士会 事務局
 〒870-0907 大分県大分市大津町2丁目1番41号 大分県総合社会福祉会館2階