別紙２

大分県社会福祉士会 事務局　　行　（　FAX番号　097-576-7071　）

参加申込書

　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名（フリガナを記載ください） | 所属先 | 該当するものに○印をお付け下さい | 車椅子等配慮の必要な方 |
| 会員区分(下欄ご参照） | 弁当(500円） |
| フリガナ |  | 会員非会員学生 |  |  |
|  |
| フリガナ |  | 会員非会員学生 |  |  |
|  |
| フリガナ |  | 会員非会員学生 |  |  |
|  |
| 参加者の代表の方の連絡先 | 電　話 |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |
| E-mail |  |  |

＊「会員」とは「大分県社会福祉士会」「大分県医療ソーシャルワーカー協会」 会員の方です。

　「非会員」とは「大分県社会福祉士会」「大分県医療ソーシャルワーカー協会」のどちらにも属していない方です。

「学生」とは「在学中の方」のことです。

＊お預かりした個人情報は、本研修会の運営と大分県社会福祉士会、大分県医療ソーシャルワーカー協会の事業以外の目的には使用いたしません。

＊参加申込書が不足する場合はコピーしてご使用ください。

**【お申込先・お問合せ先】**

　　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番地４１号　大分県総合社会福祉会館２F

電話/FAX **０９７-５７６-７０７１**