

## 2018 年度 成年後見人材育成研修受講申込書

下記の通り申し込みます。

<b>所属都道府県</b>			
<b>社会福祉士会名</b>			
(ふりがな) <b>申込者氏名</b>	生年月日：S・H 年 月 日生		
<b>連絡先住所</b>	※修了証に記載します。ご記入お願い致します。		
<b>連絡先電話番号</b>	〒 _____		
<b>連絡先 F A X 番号</b>	（※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		
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> 研修修了後、権利擁護センターぱあとにあに名簿登録し、受任できる		
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		
	※いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅲについては修了年度を記載ください。		
	<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲを受講済み（修了年度： _____ 年度） ※各県士会によって要綱が異なるため、ご所属の県士会へお問い合わせください。		
<input type="checkbox"/> 旧基礎研修を受講済み <input type="checkbox"/> 名簿登録研修に参加できる。 ※名簿登録研修のお申込先は、ご所属の県士会へお問い合わせください。			
<b>その他</b>			

※受講に関して特に配慮が必要な場合は「その他」に具体的な内容を記入して下さい。

**【申込方法】** 必要事項をご記入のうえ、所属社会福祉士会より会長推薦をうけ、佐賀県社会福祉士会事務局まで FAX または郵送にてお申し込みください。

**【申込先】** 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会  
 〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝 1 丁目 15 番 3 号  
 TEL : 0952-36-5833 FAX : 0952-36-6263

**【申込期間】** 平成 30 年 4 月 2 日（月）～平成 30 年 5 月 7 日（月）  
 ※定員になり次第締め切ります。

**【都道府県社会福祉士会記入欄】** 以下の欄には申込者は記入しないでください。

上記の者の「2018 年度 成年後見人材養成研修」の受講を推薦します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>_____ 社会福祉士会</span> <span>会長 _____</span> <span>印</span> </div>
--

※各都道府県社会福祉士会は、推薦の可否について申込者に連絡してください。