公益社団法人 福岡県社会福祉士会 事務局 行き

事務局確認覧
受付 No

FAX 092－483－3037

〈〈〈 研 修 会 参 加 申 込 書 〉〉〉

以下のとおり、研修会に申し込みます。

（ 記入日　　月　　日 ）

開 催 日 時	2019年　9月8日（日）　　13：30 ～ 17：30
研 修 名	2019年度第1回独立型社会福祉士支援委員会研修 独立している社会福祉士に聞いてみよう　～夢をかたちに～

※ Eメールでお申し込みの場合は、必要事項を全てご記入の上送信ください。
※ グループで参加する場合も、必ずおひとりさま1枚ずつご提出ください。

ふりがな ご 氏 名		生年月日 ※認証研修を受講される方は必須です 西暦　　年　　月　　日	
日中の連絡先	（自宅・携帯・勤務先）　　－　　－		
住　　所 □ご自宅 □勤務先 ※いずれかに☑を入れてください	〒 TEL　　FAX Eメール		
勤 務 先 名		職 種	
社会福祉士 登 録 番 号	※認証研修を受講される方は必須です。		
会員ですか	□ 会　員（No.　　）　□ 県外会員（No.　　） □ 非会員（社会福祉士）　□ 準会員 □ 賛助会員　□ 一　般　□ 学　生		
懇 親 会	【注】開催案内に懇親会開催の記載がある場合　⇒　参加 ・ 不参加		
備　　考	《質問・連絡事項等ご記入ください》		

【注意事項】
・定員を超えるお申し込みがありご参加いただけない場合のみ、事務局よりご連絡を差し上げます。
・上記の個人情報は、本会の研修会受付と本会のご案内以外には使用いたしません。
・勤務先名はグループ分けする場合の参考にする事がありますのでご記入ください。
・FAXでのお申し込みの場合は、申し込み受付のご連絡をしておりませんのでご了承ください。
・施設見学の場合は見学日当日に連絡がとれる連絡先をご記入ください。

お問い合せ先	公益社団法人福岡県社会福祉士会　事務局　髙森 〒812-0011　福岡市博多区博多駅前3-9-12 ｱｲﾋﾞｰｺｰﾄIIIﾋﾞﾙ5F TEL 092-483-2944　FAX 092-483-3037 E-mail　info@facsw.or.jp

※FAX番号はお間違いのないようにお願い致します。
※もしこのFAXが誤って届きましたら、ご面倒ですがご一報いただき破棄して下さいますようお願い致します。