

- 愛知県社会福祉士会 行 FAX : 052-202-3006
- 岐阜県社会福祉士会 行 FAX : 058-277-7217
- 静岡県社会福祉士会 行 FAX : 054-252-0016
- 三重県社会福祉士会 行 FAX : 059-228-6008

申込書の送付先は「所属社会福祉士会の事務局」です

2019年度 成年後見人材育成研修(委託研修) 受講申込書

下記の通り、受講を申込みます。

所属社会福祉士会名				
(ふりがな) 申込者氏名				
連絡先住所	〒 _____			
勤務先				
日中連絡可の電話番号	(勤務先) (自宅または携帯)			
連絡先FAX番号 (ある場合)				
連絡先メールアドレス	(PC) (携帯)			
受講要件の確認 ※□に <input checked="" type="checkbox"/> (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 <small>※会員番号を記載ください。</small>		※受講要件1	
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号			
	<input type="checkbox"/> 基礎課程（基礎研修Ⅰ～Ⅲ）を受講済み（修了： _____ 年度） <input type="checkbox"/> 旧生涯研修制度共通研修課程を1回以上修了済み	<small>*いずれかにチェックの上、基礎課程（基礎研修Ⅲ）については修了年度を記載ください。</small>		※受講要件2
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる			※受講要件3
その他	<small>※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。</small>			

- 【申込方法】** 必要事項をご記入のうえ、所属する都道府県社会福祉士会の事務局まで郵便またはFAXにてお申込ください。（電話・E-mailでの申込は受け付けておりません）
- 【申込先】** 所属都道府県社会福祉士会の事務局
- 【申込期間】** 5月13日（月）～6月6日（木） ※定員となり次第、締め切ります。
※郵便での申込は締切日消印有効、FAXでの申込は締切日必着。

所属都道府県 社会福祉士会 チェック欄	<input type="checkbox"/> 受講要件（受講要件1, 2, 3）を確認し受講決定を認める。 ※ 受講を認めない場合は、所属都道府県社会福祉士会から受講申込者に、受講不可の旨を連絡ください。
------------------------------------	---