

送付先: 東京社会福祉士会事務局 FAX (03-5944-8467)

※申込み締切:平成27年8月21日(金)必着

2015年度 東京社会福祉士会

地域包括ケア推進・社会福祉士「権利擁護実践研修」

受講申込書

1. 申込者氏名 (ふりがな)	(ふりがな)
2. 入会状況 いずれか□にシ点をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 会員(会員番号:.....) *会員の方は必須記入 都外(道府県・会員番号:.....) <input type="checkbox"/> 非会員 (社会福祉士登録番号:.....) ↳ 入会書類の郵送を <input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない
3. 住所 (受講決定通知等送付先) ※受講決定通知兼受講票を送付しますので、 必ずご記入ください。	〒.....
4. 連絡先 (緊急時の連絡先) *研修当日等の緊急連絡の場合を想定	勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 (いずれかに○)
5. 所在地及び勤務先 区市町村職員の方は、部課名を必ずご記入く ださい。	・所在地:.....区・市・町・村 ・勤務先名:..... *地域包括支援センター所属の方は、直営・委託のいずれかに○を つけて下さい。(直営・委託)
6. 現在の、主たる業務を担当している職種 いずれかに○をつけて下さい。	社会福祉士・主任介護支援専門員・保健師・看護師 介護支援専門員・行政職・その他(.....)
7. (現在の職場での) 勤務年数年 (行政職の場合、地域支援事業担当部署所属年数)
8. 受講にあたっての配慮 車いす等、受講にあたって配慮が必要な方は ご記入ください。	

*該当する全ての項目にご記入ください。

*個人情報 は適正に管理し、本研修以外では使用することはありません。

お申込み・お問い合わせ先

*お問い合わせの際は、必ず研修名(地域包括支援センター委員会「権利擁護実践研修」)をお伝えくだ
さい。

(公社)東京社会福祉士会 事務局 (地域包括支援センター委員会宛)
〒170-0005 豊島区南大塚3-43-11 福祉財団ビル5階
TEL:03-5944-8466/FAX:03-5944-8467
URL : <http://www.tokyo-csw.org> E-mail : cswtokyo@tokyo-csw.org