**申込先ＦＡＸ : ０３－５９４４－８４６７**

**平成２９年度**

**≪スーパーバイザー養成のための基礎研修≫**

**事前説明会　申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | **ふりがな** | **会員番号** |  |
|  |
| **主となる職種属性****※○で囲んでください**グループ討議用参考資料となります。 | **（　）高齢分野****（　）障害分野****（　）児童家庭分野****（　）医療分野①　　　　　　　　　　（　）医療分野②（精神医療分野）****（　）地域社会①（地域包括ケア分野）****（　）地域社会②（生活保護分野）****（　）地域社会③（司法分野：更生保護・成年後見等）****（　）地域社会・多文化（　 　　　　　　　　　）****ソーシャルワーカーとしての相談援助実務歴　　　　　年** |
| **連　絡　先**（勤務先の場合、勤務先名も記入） | **住　所** **〒　　　　－****☆電話番号（日中の連絡先） ：****☆連絡用ＭＡＩＬアドレス　：****（添付ファイルを受けとることのできるＭＡＩＬアドレスをお願いします）** |
| **説明会参加****希望日** | **□　８月　２６日（土）　　18：30～20：30　中野サンプラザ****□　９月　　３日（土）　　18：00～20：00　戸山サンライズ** |
| **受講希望理由** |  |

**✍事前説明会申込締切　８月１８日（金）まで**