**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**