

東京社会福祉士会 第1回 未成年後見人養成（試行）研修

申込書

申し込み日 平成 29年 月 日

ふりがな 氏 名							
			社会福祉士会 会員番号 No. ばあとなあ東京 受講者番号 No.				
○を付けて下さい	20代	30代	40代	50代	60代～	性 別	男 ・ 女
職種属性 該当項目に✓して下さい	☐ 行政(福祉事務所等) ☐ 地域包括支援センター ☐ 高齢関係(地域包括以外) ☐ 障害者関係 ☐ 未成年後見の受任経験		☐ 児童関係 ☐ 社会福祉協議会 ☐ 医療機関 ☐ 司法関係 有 ・ 無		☐ 独立型社会福祉士 ☐ その他 ()		
連絡先 ・勤務先の場合は、 勤務先名も記入	☐ . 自宅 ☐ . 勤務先 〒 — ☆日中の連絡先電話番号： — — ☆連絡先 F A X 番号： — — ☆添付ファイル受信可能な MAIL アドレス：						
備 考 (参加にあたって特に配慮が 必要な事などご記入下さい)							
その他	連絡先：事務局(担当 福井) TEL 03-5944-8466						

必要事項をご記入のうえ、ファックス(03-5944-8467)にてお申し込みください。

- ※ 受講者の決定は、申込み先着順とさせていただき、定員に達した時点で、申込み受付を終了させていただきます。
- ※ 受講料の振込先・期日、会場の地図などは、「受講決定通知書」と共にご連絡させていただきます。
- ※ 受講料入金後のキャンセルについて、返金は致しません。
- ※ 日本社会福祉士会が試行段階にあるため、追加研修が必要になる場合があることを、あらかじめご了承下さい。
- ※ 当日の緊急連絡先は、「受講決定通知書」と共にご連絡させていただきます。
- ※ 研修の受講に際して、配慮が必要な点がございましたら備考欄へご記入ください。