e-mail：kenshu-center@jacsw.or.jp

ＦＡＸ：０３－３３５５－６５４３　日本社会福祉士会　生涯研修センター 　行

**※申込期限：２０１９年１２月１０日（火）必着**

2019年度 独立型社会福祉士研修

受講申込書

下記のとおり申し込みいたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日20　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日本社会福祉士会が発行した  会員番号 | | 都道府県社会福祉士会名 |
| ふりがな  　氏　 名 | | |
| 受講要件 | □　ソーシャルワーク実践経験が５年以上ある | |
| □独立している（独立時期　　　　西暦　　　　　　　年）  □独立予定　　（独立予定時期　　西暦　　　　　　　年） | |
| 送付先住所  □自宅　□勤務先  ※受講決定通知送付先です。 | 住所　〒 | |
| 勤務先名（連絡先が勤務先の場合のみ） | |
| 日中連絡先  □自宅　□勤務先 | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　 　 ＦＡＸ： | |
| E-mailアドレス（ある場合） | |
| 受講者名簿へ  の掲載 | ※受講者番号、氏名、都道府県士会名を記載した名簿を研修会場にて受講者へ配付します。「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみが名簿に掲載され、氏名、都道府県士会名は掲載されません。  　□　掲載しない | |
| 懇親会への参加  （ 4,000円 ） | ※懇親会への参加を希望する方はチェックしてください。  □　参加する | |
| キャンセル待ち | ※申込者数が定員を超えた際、キャンセル待ちを希望する方はチェックしてください。  □　キャンセル待ちを希望します。 | |
| 通　信　欄 | ※受講にあたって特に配慮が必要な事などがありましたらご記入ください。 | |

※申込書は必ず控えをお持ちください。

※一旦お申込みいただいた内容に変更等が生じた場合は、必ず書面にてご連絡ください。（ＦＡＸ、メール等）

※お預かりした個人情報は当研修の運営目的以外には使用いたしません。

【申込先・問合せ先】

公益社団法人日本社会福祉士会 生涯研修センター　（営業時間：9：30～17：30）

〒160-0004　東京都新宿区四谷1-13　カタオカビル2階TEL：03-3355-6541　　FAX:：03-3355-6543

e-mail:kenshu-center@jacsw.or.jp