「2019年度 生活困窮者支援ソーシャルワーク研修」申込書

Ｅ-Mail：[kenshu-center@jacsw.or.jp](mailto:kenshu-center@jacsw.or.jp) 　(公社)日本社会福祉士会　（申込期限：2019年10月17日(木)）

※社会福祉士会会員の方は、必ず会員番号と所属の社会福祉士会をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | １．会員 | | 会員No.( 　　 　 　　　） | 所属の都道府県社会福祉士会名  (会員) | |  |
| ２.会員以外 | | ※会員以外の方は**社会福祉士登録番号**を以下に記入の上、申込書と合わせて登録証のコピーを送付ください。  （　　　　　　　　　　　　　） | 勤務先の  都道府県名  (会員以外) | |  |
|  |  | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | |
| 勤務先  種　別  （最も当て  はまるも  の１つに  ○をして  ください） | 1. 自立相談支援機関（直営）　　　　 　11．障害福祉サービス事業所 2. 自立相談支援機関（委託）　　　　　 12．児童福祉施設 3. 社会福祉協議会　　　　　　　　　　 13．医療機関 4. 福祉事務所　　　　　　　　　　　　 14．保護施設 5. ハローワーク　　　　　　　　　　　 15．矯正施設 6. その他生活困窮関係（１～５除く） 16．行政（１～１２以外） 7. 地域包括支援センター　　　　　　　 17．独立型社会福祉士 8. 居宅介護支援事業所 18．大学教員 9. 高齢者関係（７、８除く）　　　　　 19．その他（　　　　　　　　　　 　　　　）   10. 障害者相談支援事業所 | | | | | |
| 相談援助  実務経験 | □経験なし　 □１年未満　 □３年未満 　□５年未満　 □10年未満　 □10年以上 | | | | | |
| 連　絡　先  （□自宅　□勤務先） | | 住所　〒 | | | | |
| 勤務先名（連絡先が勤務先の場合のみ） | | | | |
| TEL： | | | FAX： | |
| E-mailアドレス  （ある場合のみ） | | | | |
| キャンセル待ち | | 申込数が定員を超えた場合、キャンセル待ちを希望する方は、□にチェックを入れてください。  　□　キャンセル待ちを希望します。 | | | | |
| 備　考  （参加にあたって配慮が必要なこと、また、請求書・領収証が必要な場合にはご記入ください） | | * 配慮が必要なこと等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 請求書（宛名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 領収証（宛名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   ※領収証は入金確認後に郵送いたします。研修会当日の発行はできかねますのでご注意ください。 | | | | |

注１）お預かりした個人情報は、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。

注２）研修会当日は、「受講者名簿」を受講者全員に配布します。受講者名簿には、受講者番号、氏名、都道府県（社会福祉士会）名、勤務先を掲載します。

注３）受講に当たって配慮が必要な事項等がありましたら「備考欄」にご記入ください。

注４）受講者が少数の場合には研修を開催しないことがありますのでご了承ください。また、自然災害等発生によりやむを得ず研修会を中止することもあります。中止となった場合、受講費の返金は行いませんのでご了承ください。

【お問い合わせ・申込先】(公社)日本社会福祉士会 生涯研修センター

　　　 〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 ｶﾀｵｶﾋﾞﾙ2階

　　　　 TEL：03-3355-6541 (月～金曜日9:30～17:30)　FAX：03-3355-6543

E-mail：kenshu-center@jacsw.or.jp