２０１９年度　障がい者の地域生活と支援研修　申込書

FAX：029-244-9052　一般社団法人　茨城県社会福祉士会【申込期限：2019年8月30日（金）】

下記の通り申込みます

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | **日本社会福祉士が発行した会員番号**1. 会員（　　　　　　　　　　　　　　）
2. 非会員（社会福祉士登録号:　　　　　　　　）
	* **非会員の方は申込時に社会福祉士登録書のコピーを添付してください。**
3. 非会員（資格なし）
 | 都道府県 | ※会員は所属都道府県士会名を記載 |
| 氏名 |  | 勤務先名 |  |
| 勤務先種　別 | 1. 入所施設
2. グループホーム
3. 就労系事業所
4. 相談支援
5. 生活介護（通所系）
6. その他（　　　　　　　　）
 | 分野 | 1. 身体障害者関連
2. 知的障害者関連
3. 精神障害者関連
4. 児童関連
5. その他（　　　　　　　　）
 |
| 実務経験 | 1)１年未満　　2)３年未満　　3)５年未満　　4)１０年未満　　5)１０年以上 |
| 送付先（□自宅　□勤務先）※どちらかにチェックしてください | 住所　〒　　　　　　　 |
| 勤務先名（送付先が勤務先の場合のみ記入してください） |
| 連絡先（□自宅　□勤務先）※どちらかにチェックをつけ、日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。 | 住所　〒　　　　　　　 |
| TEL： | FAX: |
| E-mailアドレス（ある方のみ） |
| 受講者名簿への掲載（研修会当日、受講名簿を配付します。） | 「受講希望者」には、受講番号、氏名、都道府県、勤務先、会員区分を掲載します。掲載を希望しない方は、□にチェックを入れてください。□受講者名簿への掲載を希望しません。 |
| 懇親会へ参加希望 | □参加する　(参加人数により開催しない場合があります) |
| キャンセル待ち | 申込者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(参加にあたって特に配慮を要することなどがあればご記入ください) |  |

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）申込書の控えを必ずお持ちください。

注3）事例を提供することについて本人同意がとれること（同意書の確認を求める場合があります）。

【申込方法】本申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にてお申込みください。

【受講決定】受講決定通知書は、9月中旬頃に、受講申込者全員に文書にてご連絡致します。

【受講料の支払い】受講決定後に、期日までに下記の口座へお振込みください。

|  |
| --- |
| 口座番号 ： 常陽銀行　千波支店　普通　１４６２４７５口座名義 ： 社団法人　茨城県社会福祉士会 |

【宿泊費等】会場までの往復の交通費および宿泊費、昼食は自己手配となります。

【お問合せ・申込先】🏣310-0851　茨城県水戸市千波町1918　茨城県総合福祉会館5F

　　　　　一般社団法人　茨城県社会福祉士会　事務局　研修担当

　　　　　TEL:029-244-9030（月～金曜日　10：00～15：00）　FAX:029-244-9052　E-mail:csw-iba＠ibaraki.email.ne.jp