**FAX：０８９－９４８－８０３２** 愛媛県社会福祉士会事務局　行

*締め切り：２０２３年9月１９日（火）事務局必着*

２０２３年度　災害支援活動者養成研修　申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 所属都道府県社会福祉士会名(会員のみ記入) |  |
| 氏　　名 |  |
| 会員番号(会員のみ記入) |  | 社会福祉士登録番号 |  |
| 【ご自宅】□修了証等送付先**（自宅か勤務先に、希望する□をチェック）** | 〒（　　　　－　　　　） |
| 固定電話：（　　　）　　－ | 携帯電話：（　　　　）　　　－ |
| E-Mail： |
| 勤務先名 |  |
| 【勤務先】□修了証等送付先**（自宅か勤務先に、希望する□をチェック）** | 〒（　　　　－　　　　） |
| 電話：（　　　）　　－ | FAX：（　　　　）　　　－ |
| 修了証発行について | * 修了証の発行を希望する

(認定社会福祉士認証・認定機構による認証研修の単位を必要とする方)* 修了証の発行を希望しない

(認定社会福祉士認証・認定機構による認証研修の単位を必要としない方) |
| 領収書について | 研修会の受講費の領収書発行を　　□　希望する　　□　希望しない領収書発行希望時の宛書： |
| 災害支援経験の有　無 | * あり　□　なし　　例)東日本大震災での地域包括支援センターへの支援
 |
| 懇親会 | □　参加　　　　□　不参加 |
| 備 考 | ※配慮が必要な点がございましたらご記入ください* 名簿記載を希望しない　　　□キャンセル待ちの場合希望する
 |

※お預かりした個人情報は、当研修の運営目的以外に使用いたしません。

受講者の「氏名」「勤務先」を記載した受講者名簿を、受講者へ配布します。

名簿への記載を希望されない方、キャンセル待ち希望の方は備考欄の□にチェックしてください。

※郵送でお申込みされる場合は必ず控えを保管してください。