**ＦＡＸ：０３－３３５５－６５４３**　（公社）日本社会福祉士会　生涯研修センター　宛

e-mail：kenshu-center@jacsw.or.jp

施設と家族や地域をつなぐソーシャルワーク研修　受講申込書

※社会福祉士会会員の方は、必ず、会員番号、都道府県社会福祉士会名をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | 日本社会福祉士会が発行した□　会員(会員番号　　　 　 ）□　会員以外 | 都道府県社会福祉士会 | （会員以外は送付先の都道府県） |
| （ふりがな）氏　名（性別） | （　　　　　　　　　　　）（　男　・　女　） | 勤務先名 | ※勤務先がない場合は「なし」と記入してください。未記入の場合はなしとみなします。 |
| 勤務先種別（該当する数字を○で囲む） | １．特別養護老人ホーム２．介護老人保健施設 ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 職　種（該当する数字を○で囲む） | １．生活（支援）相談員 ２．介護支援専門員３．介護職４．看護職５．その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 所有資格（該当する数字○で囲む） | 1. 社会福祉士　２．介護支援専門員　３．介護福祉士　４.看護師　５.その他（　　　　　　　）
 |
| 送付先※受講決定通知送付先です | 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） |
| 日中連絡先（□自宅　□勤務先）※どちらかにチェックをつけ、平日の日中に連絡がとれる連絡先をご記入ください。 | 勤務先名（※連絡先が勤務先の場合のみ記入） |
| 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際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、「特段の配慮が必要な事項」「請求書の希望（宛名を明記）」等がありましたらご記入ください） |

※一旦お申込みいただきまし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。

※請求書を希望される方は、備考欄へ「請求書の希望」「請求書宛名」をご記入ください。

※研修会当日に受講者名簿を作成します。名簿には、受講者番号、氏名、都道府県社会福祉士会名、勤務先名等を掲載します。ご了解の上、お申し込みください。

※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。

【申込方法】必要事項をご記入の上、以下の申込先までｅ-メール、ＦＡＸまたは郵便にてお申し込みください。お申し込みの際は、必ず控えをお持ちください。

【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カタオカビル2階　TEL：03-3355-6541 FAX：03-3355-6543

e-mail：kenshu-center@jacsw.or.jp

【申込締切】**~~２０１８年１２月１４日（金）~~**~~（先着順）~~**２０１９年１月１５日（月）まで**　※申込締切前でも定員となり次第締め切ります。

【自然災害による中止】自然災害発生等により、やむを得ず研修会を中止とする場合があります。判断基準は本会ホームページをご参照ください。中止の場合は、受講料返金は行いませんのでご了承ください。（本会HP：http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kensyu/honkai/senmon/saigai.html）