メール送信先：[aacsw@nifty.com](mailto:aacsw@nifty.com) **ＦＡＸ （０１７）７５２－６８７７**



２０２４年度スクールソーシャルワーカー養成研修 受講申込書

次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| １（ふりがな）  申込者氏名 | （ふりがな）  氏　　名 |
| ２　勤務先名称 |  |
| ３　ご住所 | 〒（　　 　-　 ） |
| ４　連絡先 | 電話番号  ＦＡＸ |
| メールアドレス（参加の可否をご連絡しますので正確にお願いします） |
|  |
| ５　会員区分 | □青森県社会福祉士会会員  会員番号（ ） 社会福祉士登録番号（ ）  □他都道府県社会福祉士会会員 （ ）社会福祉士会会員番号（ ） 社会福祉士登録番号（ ）  □その他 |
| ６　受講者名簿  への掲載 | □掲載可 □掲載不可  （当日の演習及びネットワークづくりに役立てるため、「氏名」「勤務先」  「会員の方は都道府県社会福祉士会名、会員以外の方は都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、参加者に配布する予定です。 |
| ７応募者多数  の場合の受講 | 応募が定員を超えて受講できない場合、キャンセルが出た際に、  □連絡を希望する □連絡を希望しない |
| ８ 備 考 | 受講に当たって特に配慮が必要な事項などありましたらお知らせください。 |

※お預かりした個人情報は、本研修会の運営目的以外には使用しません。

【申込方法】

・申込用紙にご記入の上、メール又はFAXで本会事務局にお申し込みください。メールの場合は、件名を「スクールソーシャルワーカー養成研修申込」とし、申込用紙を添付するか、上記１～８についてメール本文にご記入ください。

・申込受付後、１週間以内に参加の可否をご連絡します。

・**申込期限 令和７年２月３日(月)消印有効。**期日前でも定員となり次第締め切ります。その際は、本会ホームページにその旨掲載します。