

申込はメールで受け付けます

「ソーシャルワーク協働事業センター2018年度第2回職員全体研修」申込書

※枠内をご記入ください

氏名	ふりがな	会員番号	
所属職場名称			
職種属性 ※○で囲んでください お申込み多数の場合、受講 決定時に考慮します。 また、グループ討議用参考資 料となります。	A. 行政機関 B. 推進機関(社会福祉協議会等) C. (B以外の)社会福祉協議会 D. 権利擁護センター等(虐待防止センターも含む) E. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター F. 障害者相談支援事業所 G. 福祉施設 H. 医療機関 I. その他()	実務歴 年	
連絡先	自宅 ()	住所 〒 - ☆電話番号(日中の連絡先) : ☆連絡用MAILアドレス :	
	勤務先 ()	名称 住所 〒 - ☆電話番号 : ☆連絡用MAILアドレス :	
その他記載欄			

【留意事項】

- ・当会からの連絡先として、自宅か勤務先どちらかに○をお願いします。ない場合は自宅を連絡先とさせていただきます。
- ・受講可否等は、メールで送らせていただきます。
- ・受講にあたり配慮が必要な場合は「その他記載欄」にご記入ください。