ＦＡＸ送信先（希望される会場の申込先へ送信してください）

①北海道会場	**ＦＡＸ　０１１－７１７－６８８７**	**⑤京都会場**	**ＦＡＸ　０７５－７５１－５６１０**
②宮城会場	**ＦＡＸ　０２２－２２７－６１４５**	**⑥広島会場**	**ＦＡＸ　０８２－２２７－８８６３**
③埼玉会場	**ＦＡＸ　０４８－６４１－５２８７**	**⑦高知会場**	**ＦＡＸ　０８８－８２８－５９２２**
④愛知会場	**ＦＡＸ　０５２－２５１－６９１３**	**⑧大分会場**	**ＦＡＸ　０９７－５４８－７８２８**

２００５年度社会福祉士全国統一研修　参加申込書

１．申込者氏名（ふりがな）		氏名　　（ふりがな　　）			
２．所属					
３．連絡先（○で囲んでください）		自宅　　所属先			
４．連絡先郵便番号・住所		〒			
５．連絡先電話番号					
６．連絡先ＦＡＸ番号（ある場合）					
７．連絡先メールアドレス（ある場合）					
８．会員／非会員（○で囲んでください）		会員　　非会員			
９．会員番号（会員の場合）※１					
10．都道府県支部名（会員の場合）					
11．社会福祉士登録番号（非会員の場合）					
12．参加希望会場					
13．選択講座・講師名 （注①　希望の講座名に○ 注②　**講師名は、申込み会場の講師名を記入のこと**）	第一希望	講座名	１．生活構造 ２．対人援助 ３．実践研究	講師名	
	第二希望	講座名	１．生活構造 ２．対人援助 ３．実践研究	講師名	
	第三希望	講座名	３．生活構造 ４．対人援助 ３．実践研究	講師名	
14．名簿掲載の可否 **（※２を参照の上、○で囲んでください）**		可　　不可			
15．受講にあたって配慮が必要な方は 該当する項目を○で囲んでください		１．車椅子を利用して参加 ２．手話通訳を希望 ３．その他（　　）			

※１　入会手続中の場合は、「手続中」とご記入ください。

※２　当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「支部名」「所属」を記載した「参加者名簿」を作成し、研修参加者に配布する予定です。名簿への掲載を希望されない方は、「不可」に○をしてください。