

第3期 保健医療分野におけるソーシャルワーク専門研修 受講申込書

下記の通り申し込みます。

(ふりがな) 申 込 者 氏 名					
自 宅	住 所	〒			
	電 話 ・ F A X	TEL:		FAX:	
職 場	住 所 施 設 名	〒			
	電 話 ・ F A X	TEL:		FAX:	
どちらを連絡先とするか で困 んでください		自宅		職場	
会員番号		日本社会福祉士会		日本医療社会事業協会	
所属支部名(都道府県名)					
日本医療社会事業協会専門講座 を修了されている場合は、修了認 定番号		修了認定番号			
保健医療分野における相談援助 実務が10年以上である場合は、 保健医療分野における実務経験 を記載してください		勤 務 先 名	職 種	従 事 期 間	年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
					年 月 ~ 年 月
日本社会福祉士会生涯研修制度 共通研修課程修了申請年度を記 入してください		年度			
都道府県支部推薦の有無		有(推薦書を添付してください) 無			

【申込期限】

2006年6月20日(火)まで(郵便の場合は締切日消印有効、FAXの場合は締切日必着)

【受講可否の連絡】

受講可否は、7月18日頃までに、郵便でご連絡します。受講費の納入方法等については、受講可否の連絡時にご案内します。