

受講申込書 **A** FAX送信先 (希望される会場の申込先へ送信してください)

宮城会場 FAX: 022-266-7403 香川会場 FAX: 087-831-1628  
 愛知会場 FAX: 052-251-6913 長崎会場 FAX: 095-821-4806  
 山口会場 FAX: 083-923-2552

2006年度社会福祉士全国統一研修 受講申込書 **A**

1. 申込者氏名 (ふりがな)		氏名 (ふりがな)			
2. 勤務先種別 (施設・機関等種類)					
3. 連絡先 (で囲んでください) 昼間連絡がとれるところをお願いします。		自宅 ・ 勤務先			
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)					
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. 受講希望会場	会場	13 左記会場が受講定員に達していた場合 についてのキャンセル待ちについて		する・しない	
14. 選択講座・講師名 受講できるのは1講座です。必ず記入してください。 記入がないと受講申込み受付ができません。 (注 希望の講座名に を付す) (注 講師名は、申込み会場希望選択講座の講師名を記入)	第一希望	講座名	1. 福祉権利 2. 対人援助 3. 地域支援	講師名	
	第二希望	講座名	1. 福祉権利 2. 対人援助 3. 地域支援	講師名	
	第三希望	講座名	1. 福祉権利 2. 対人援助 3. 地域支援	講師名	
15. 名簿掲載の可否		可 ・ 不可			
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」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講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 をして下さい。					
16. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な内容を具体的にご記入ください。					