

平成29年度千葉県社会福祉士会名簿登録研修申込書

氏名 _____ 日中連絡のつく
_____ 電話番号 _____

- A 平成29年度成年後見人材育成研修修了者 受講ナンバー(_____)
B 平成28年度成年後見人養成研修修了者 受講ナンバー(_____)
C 平成27年度以前の成年後見人養成研修修了者 受講ナンバー(_____)
(ABCのいずれかにチェックし受講ナンバーを記入してください)

受講料 5,000円 (ただし、B該当者は3,000円)

申 込 平成29年10月21日(土)～10月31日(火)

下記宛てにFAXまたはメールでお申し込みください。

11月初めに申込者に振込案内を送ります。

FAX:043(238)2867 メール: office@cschwiba.com

一般社団法人千葉県社会福祉士会事務局 [TEL:043 \(238\) 2866](tel:0432382866)

研修内容

日 時:2017年11月18日(土) 9:00～17:00

B該当者は課目1～4のみ受講

会 場:千葉県社会福祉センター中研修室

課 目: 1.都道府県ばあとなあの仕事について

2.都道府県ばあとなあにおける受任の実際

3.受任後の実務

4. 後見人のリスクマネジメント

(1～4 9:00～12:40)

5. 演習(後見計画策定演習)

6.研修のまとめ

(5～6 13:30～16:30)