FAX　：　**043-238-2867**

＜申込書＞

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** | **会員番号** |
| **氏名** |
| **住所** | **電話番号**  **（日中、連絡のつく番号をご記入ください）**  **E－ｍａｉｌ** |
| **講師への質問** | |
| **情報交換会への出席を（いずれかに○をつけてください）**  **希望する　　・　　希望しない　　・　　情報交換会のみ出席を希望する**    **※会費は、3,500円～4,000円程度を予定しています。** | |

◎定員数が限られているため、先着順とさせていただきます。

※基礎研修を受講中または受講していない方も申し込みは可能ですが、定員を超えた場合は、基礎研修Ⅲまでを修了している方を優先させていただきます。

◎受講が決定次第、振込先の案内をお送りいたします。

**◎情報交換会のみ出席を希望される方もこの申込書を送付してください。**

**追って、会場や時間等をお知らせいたします。**

＜お問合せ先＞一般社団法人 千葉県社会福祉士会　事務局

〒260-0026　千葉市中央区千葉港7番1号　塚本千葉第5ビル3階  
TEL：043-238-2866 / FAX：043-238-2867　E-mail：[office@cswchiba.com](mailto:office@cswchiba.com)

研修委員会：浅見、立川、堀江