申込先ＦＡＸ：025-281-5504　新潟県社会福祉士会事務局　畠山行き（2019年5月31日消印有効）

　新潟県社会福祉士会　障害者の生活支援研修2019年度

受 講 申 込 書

★記入必須項目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな****氏　名** |  | **会員・非会員の別** | □社会福祉士会会員（会員番号：　　　　　　　　）（都道府県名：　　　　　　　）□非会員 |
|  |
| **受講内容****（受講を希望する日程に○をつけてください）** | **○印** | **日程** |
|  | 1日目のみ受講（7月18日） |
|  | 2日間とも受講（7月18日～19日） |
| **勤務先・所属団体等の名称** |  | **職名** |  |
| **通知等送付先** | 〒※自宅の場合はアパート等の建物名まで、勤務先の場合は施設・事業所名まで記入してください。 |
| **連絡先電話番号** | （　□自宅　　□勤務先　　□個人携帯　） |
| **ＦＡＸ** |  | **Ｅメール** |  |
| **懇親会（7月18日夜）の参加チェック** | □参加する　　　　□参加しない |
| **【※該当する方のみ】入会促進（紹介）キャンペーンクーポン利用記入欄** | **利用するクーポン№** |  |
| **利用合計額** | 円分 |

＊研修に関して随時連絡事項が発生した場合、基本的にはＥメールまたはFAXを使用してご連絡させていただきたく、いずれかを必ずご記入ください。当会のメールアドレス（njacsw@poplar.ocn.ne.jp）からのメールを受け取れるよう設定してください。

＊記入いただいた情報は本研修以外には使用いたしません。なお、お名前・勤務先・職名は当日配布する参加者名簿に掲載させていただきます。

★以下は【区分１（認定社会福祉士研修単位取得）】の方のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **社会福祉士****登録番号** | 社会福祉士登録番号（　　　　　　　　　　　　　　）※会員番号とは異なります※都道府県社会福祉士会の会員でない方は、社会福祉士の登録証のコピーを添付してください。 |
| **自宅住所** | 〒※アパート、マンションなどの建物名まで記入してください。 |
| **受講条件****チェック欄** | □社会福祉士有資格者である□障害福祉分野での自身の実践事例を提出できる |