

2015年度 地域包括支援センター 全国実践研究集会
参加申込書

※ 社会福祉士会会員の方は、必ず、会員番号、都道府県士会名をご記入ください。

会員区分	<input type="checkbox"/> 会員 <small>（日本社会福祉士会が発行した 会員番号）</small> <input type="checkbox"/> 会員以外		都道府県社会福祉士会	
(ふりがな) 氏名	()		勤務先名	
勤務先種別 (該当する数字を○で囲む)	1. 地域包括支援センター [運営形態 : ①直営 ②委託 ③その他] 2. 社会福祉協議会 3. 行政機関 4. その他 []		職 種 (該当する数字を○で囲む)	1. 社会福祉士 2. 主任介護支援専門員 3. 保健師 4. その他 具体的に []
送付先住所 (ニュース送付先住所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※受講決定通知送付先です。 ※社会福祉士会会員は、ニュース送付先を記載ください。	住所 〒 _____			
	勤務先名 (連絡先が勤務先の場合のみ)			
日中連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	TEL : _____		FAX : _____	
	E-mail アドレス (ある場合のみ)			
参加者名簿への掲載 (研究集会当日に参加者の名簿を配布します)	参加者名簿には、参加者番号、氏名、都道府県、勤務先名、職種、会員区分等を記載します。掲載を希望しない方(参加者番号のみが表示されます)は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 参加者名簿への掲載を希望しません。			
懇親会への参加希望	<input type="checkbox"/> 参加する			
キャンセル待ち	申込数が定員を超えた際キャンセル待ちを希望する方は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。			
備考 (参加にあたって特に配慮が必要な事などがありましたらご記入ください)				

※一旦お申込みいただきました内容に変更等が生じた場合は、必ず書面にてご連絡ください。

※お預かりした個人情報、当研究集会の運営目的以外には使用いたしません。

※受講申込みが少ない場合、開催しないことがあります。また、自然災害等発生によりやむを得ず研修を中止することもあります。なお、中止となった場合、受講料の返金はいりませんのでご了承ください。

※請求書を希望する方は、備考欄へ請求書の希望と請求書宛名を記載ください。なお、請求は、送付先住所へ送させていただきますのでご了承ください。

【申込方法】 必要事項をご記入の上、以下の申込先までFAXまたは郵便にてお申し込みください。お申し込みの際は、必ず控えをお持ちください。

【申込先】 (公社)日本社会福祉士会 生涯研修センター

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階 TEL03-3355-6541 FAX03-3355-6543

【申込締切】 2015年8月31日(月) (先着順)