

2015年度 地域包括支援センターネットワーク実践力養成研修 受講申込書

記入日 2015年 月 日

会員区分	社会福祉士会会員	会員番号：	社会福祉士登録番号
	会員以外	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 (□ 入会申請中の方はチェック) ※申込時に社会福祉士登録証のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 社会福祉士以外	
都道府県社会福祉士会名			
氏名・ふりがな・性別		ふりがな () 氏名 (男・女)	
勤務先名		運営形態 (当てはまるものに○)	地域包括支援センターの方 1. 直営 2. 委託 3. その他
職種 受講要件 区分 (該当する□ にチェック)	地域包括支援センター職員の <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師等	<input type="checkbox"/> 市町村職員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会職員 <input type="checkbox"/> 障害者相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援事業関連職員 <input type="checkbox"/> その他 <u>具体的に</u> ()
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)		
懇親会への参加	<input type="checkbox"/> 参加します (希望者のみ参加費 4,000 円を受講費と共にご請求します。)		
キャンセル待ち	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します (申込数が定員を超えた場合)		
備考 (受講にあたって特に配慮が必要な事などありましたらご記入ください)			

- ※ お預かりした個人情報は当研究集会の運営目的以外には使用いたしません。
- ※ 今後のネットワークづくりに役立てるため、受講者の「氏名」「都道府県士会名」「勤務先名」を記載した受講者名簿を作成し、研修受講者へ配布するとともに、社会福祉士会会員の場合は各都道府県社会福祉士会へも名簿情報を提供させていただきます。
- ※ 社会福祉士会への入会を希望する方へは「入会資料」をお送りします。下記申込先までご連絡ください。
- ※ 本研修は、認定社会福祉士認証・認定機構により認証された研修のため、社会福祉士会会員以外の社会福祉士の方が受講される際には、社会福祉士登録証(コピー)の提示が必要となります。研修申込時に添付してください。
- ※ 本研修は、都道府県社会福祉士会へ研修移管するためオブザーバー聴講者を受入れていることをご了承願います。

【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(電話では申込できません)。申込書の控えは、必ずお手元にお持ちください。

【申込先】 公益社団法人 日本社会福祉士会 事務局 (担当：縄田宣之 nawata@jacsw.or.jp)
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2階 (月～金 9:30～17:30)
TEL：03-3355-6541 FAX：03-3355-6543

【申込締切】 2015年7月31日(金)必着 (先着順) ※申込締切日前でも定員になり次第締め切ります。

【受講可否の連絡】 受講の可否は、8月28日(金)頃に文書にてご連絡します。

【自然災害による中止】 自然災害等発生によりやむを得ず研修会を中止する場合がございます。判断基準等は、本会ホームページを参照ください。中止の場合、受講料返金はいりませんので了承ください。(本会 HP：<http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kensvu/honkai/senmon/index.html>)