

2016年度 成年後見人養成研修（委託集合研修） 受講申込書

下記の通り、受講を申し込みます。

所属都道府県 社会福祉士会名		所属地区支部	・道央 ・道北 ・道南 ・日胆 ・十勝 ・釧根 ・オホーツク
(ふりがな) 申込者氏名			
勤務先名 (所属・役職名)			
連絡先住所 □自宅 □勤務先 (☑を入れる)	〒 _____		
連絡先電話番号 (平日日中に連絡の 取れる番号)			
連絡先FAX番号 (ある場合)			
受講要件の確認 ※□に☑(チェック) を入れてください。 ※全ての要件を満 たす必要があります。	<input type="checkbox"/> 会員番号		※受講要件 1
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> 研修修了後、権利擁護センター「ばあとなあ」に名簿登録し、 受任できる		※受講要件 2
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		※受講要件 3
	<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅰを受講済み(修了年度: _____ 年度) <input type="checkbox"/> 旧基礎研修を受講済み <input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅰを本年度受講予定(_____ 会場)	*いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅰの修了年度またはその予定会場名を 記載ください。	※受講要件 4
<input type="checkbox"/> 各支部ばあとなあ学習会、フォローアップ研修会等に 参加できる		※受講要件 5	
その他	※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。		

【申込方法】 必要事項をご記入の上、下記申込先あて郵送にてお申込みください。
(電話・Fax・E-mailでの申込不可)

【申込先】 公益社団法人 北海道社会福祉士会 事務局
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 4階
TEL: 011-213-1313

【申込締切】 6月15日(水)当日消印有効 ※締切を過ぎて届いたものは一切受付しません。

所属都道府県 社会福祉士会 チェック欄	<input type="checkbox"/> 後見活動に資すると認める。 <input type="checkbox"/> 受講要件(受講要件1、2、3、4、5)を確認し受講決定を認める。
---------------------------	---