北海道社会福祉士会事務局行　　FAX　011-213-1314

2016年度 災害支援活動者養成研修 受講申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  | 会員番号 |  |
|  |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | 日中連絡の取れる電話番号（　　　　　）　　　　―　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 勤務先名 |  |
| 災害支援経験の有無 | 例）東日本大震災での地域包括支援センターへの支援 |
| 懇親会※どちらかに○を記入 | 参加します　・　　参加しません※懇親会場については研修初日に会場でお知らせします |
| 備　考 | ※配慮が必要な点がございましたらご記入ください。 |

郵便振替払込金受領証のコピーを貼り付けて下さい

|  |
| --- |
| 社会福祉士会記入欄 |
| 受付番号 |
| 入金確認 |
| 入力確認 |

受領証貼り付け欄

※ご記入いただきました個人情報につきましては、研修開催にのみに利用させていただきます。

【お問い合わせ先】

公益社団法人　北海道社会福祉士会事務局（月曜日～金曜日9:30～16:30）

〒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　　FAX:011-213-1314　　E-mail:info@hokkaido-csw.or.jp