

2016 年度 災害支援活動者養成研修 受講申込書

(ふりがな)		会員番号	
氏 名			
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

受領証貼り付け欄	社会福祉士会 記入欄
	受付番号
	入金確認
	入力確認

※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