相談援助実習指導者のためのスタートアップ研修会参加申込用紙

申込先：平野啓介（札幌医学技術福祉歯科専門学校）

E-mail：ssw-kh@nishino-g.ac.jp

*本申込用紙をメール添付の上、上記アドレスまでメールにてお申し込みください。*

申込期限　2016年11月28日（月）※先着順です

備考：昼食は各自でお願いいたします。当日は大学生協（購買・学食）が営業しております。

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関・施設名** |  |
| **申込代表者連絡先** | TEL：E-mail： |
| **参加者氏名** | **職　位** | **情報交換会の参加** | **実習指導経験の有無** |
|  |  | 有　　　　無 | 有　⇒　（　　　　）年無 |
|  |  | 有　　　　無 | 有　⇒　（　　　　）年無 |
|  |  | 有　　　　無 | 有　⇒　（　　　　）年無 |
|  |  | 有　　　　無 | 有　⇒　（　　　　）年無 |

**＜連絡事項等＞　本研修会に参加するにあたって何かございましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**＜お問い合わせ先＞**

北星学園大学 社会福祉学部　伊藤　新一郎

TEL：０１１－８９１－２７３１（内線１６０７）E-mail：ito@hokusei.ac.jp