

2017年度ぱあとなあ北海道名簿登録者フォローアップ研修 受講申込書

ふりがな			性 別	会員番号
氏 名			男 ・ 女	
所属地区支部	・道央 ・道北 ・道南 ・日胆 ・十勝 ・釧根 ・オホーツク いずれかに○をつけてください			
連絡先住所	〒 _____			
連絡先TEL		FAX		

●本研修を効果的に進める上での参考として、あなたの後見活動についてお聞きます。

受任状況	☐ 受任している ⇒現在の件数：高齢者〔 件〕、障がい者〔 件〕 ☐ 以前受任していたが今はしていない ⇒過去の件数：高齢者〔 件〕、障がい者〔 件〕 ☐ これまで受任したことがない
活動上の悩み等 について ご記入願います	_____ _____ _____ _____

●郵便振替払込受領証のコピーを貼り付けてください。

受領証コピー貼り付け欄	北海道社会福祉士会記入欄	
	受付番号	
	入金確認	
	入力確認	

●申込締切 平成29年12月22日(金)必着(郵送の場合消印有効)

●ご記入いただきました内容については、本研修運営にのみ利用させていただきます。

●お申込み・お問合せ先

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