

2019年度 成年後見人材育成研修（委託研修） 受講申込書

下記の通り、受講を申し込みます。

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。	□ 会員番号		※受講要件 1
	□ 社会福祉士登録番号		
	＊いずれかにチェックの上、基礎課程（基礎研修Ⅲ）については修了年度を 記載ください。 □ 基礎課程（基礎研修Ⅰ～Ⅲ）を受講済み （修了年度： 年度） □ 旧生涯研修制度共通研修課程を1回以上修了済み		※受講要件 2
	□ カリキュラムの全課程を出席できる		※受講要件 3
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またはF A Xにてお申込みください。
（電話・E-mailでの申込は受け付けておりません）

【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
 T E L : 0 1 1 - 2 1 3 - 1 3 1 3 F A X : 0 1 1 - 2 1 3 - 1 3 1 4

【申込締切】 6月17日（月）※郵送の場合は消印有効

所属都道府県 社会福祉士会 チェック欄	☐ 受講要件（受講要件1、2、3）を確認し受講決定を認める。
---------------------------	---