

2022年度 地域包括支援センターネットワーク実践力養成研修 受講申込書

記入日 2022年 月 日

会員区分	社会福祉士会会員	会員番号：	社会福祉士登録番号
	会員以外	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 入会申請中の方はチェック ※申込時に社会福祉士登録証のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 社会福祉士以外	
氏名・ふりがな・性別		ふりがな () 氏名 (男・女)	
勤務先名		運営形態 (当てはまるものに○)	地域包括支援センターの方 1. 直営 2. 委託 3. その他
職種 受講要件 区分 (該当する□ にチェック)	地域包括支援センター職員の <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 市町村職員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会職員 <input type="checkbox"/> 生活支援コーディネーター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 地域づくりコーディネーター <input type="checkbox"/> 地域生活移行支援コーディネーター <input type="checkbox"/> その他 <u>具体的に</u>
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	住所 〒 _____		
	勤務先名 (連絡先が勤務先の場合のみ)		
	TEL： _____ FAX： _____		
	E-mail アドレス (必ずご記入お願いします)		
キャンセル待ち	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します (申込数が定員を超えた場合)		
備考 (受講にあたって特に配慮が 必要な事などありましたら ご記入ください)			

※ 本書を郵送する場合は必ず控えをお持ちください。
社会福祉士会への入会を希望する方へは「入会資料」をお送りします。下記申込先までご連絡ください。

ご記入いただきました内容につきましては研修のみに利用させていただきます

※ <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時30分～16時30分)
 ※ 〒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

市町村職員、社会福祉協議会職員、居宅介護支援事業所の方も是非ご参加ください