**2019年度成年後見人材育成研修(委託集合研修)**

**受　講　申　込　書**

下記の通り、受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属都道府県  社会福祉士会名 |  | | |
| （ふりがな）  申込者氏名 |  | | |
|  | | |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 |  | | |
| 連絡先ＦＡＸ番号  （ある場合） |  | | |
| Ｅ－Ｍａｉｌ | （パソコンからのメールが受信可能なアドレスを記載ください） | | |
| 受講要件の確認  ※□に☑(チェック)を入れてください。  ※要件の全てを満たす  必要があります。 | □　会員番号  ※会員番号を記載ください。 |  | ※受講要件１ |
| □　社会福祉士登録番号 |  |
| □　カリキュラムの全課程を出席できる | | ※受講要件２ |
| ＊いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅰについては修了年度を記載ください。  □　基礎研修Ⅲを受講済み（修了年度：　　　　　年度）  □　共通研修課程修了（修了回数：　　回） | | ※受講要件３ |
| □　会費滞納はない | | ※受講要件４ |
| 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うえ、下記事務局まで郵便にてお申込ください。

※電話・ＦＡＸ・e-MAILでのお申込みは受付けておりません。

※申込書の控をお手元にお持ちください。

**【申込先】**一般社団法人京都社会福祉士会

**【申込期間】**　２０１９年３月１４日（木）～４月１５日（月）

|  |
| --- |
| 問い合わせ先　　公益社団法人滋賀県社会福祉士会　事務局（担当　横田）  連絡先　　　　　〒525-0072  　　　　　　　　　草津市笠山７丁目８－１３８　滋賀県立長寿社会福祉センター  　　　　　　　　　TEL：０７７－５６１－３８１１  FAX：０７７－５６１－３８３５ |