**公益社団法人 滋賀県社会福祉士会　御中　　　　　　　　ＦＡＸ：**０７７－５６１－３８３５

**申込書の送付先は「所属都道府県社会福祉士会の事務局」です**

**2025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****(必ず記入下さい)** | 　 |
| 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
 |  |
| ＊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　□　認定社会福祉士である | ※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 |
| □　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、所属する都道府県社会福祉士会の事務局まで、メール・ＦＡＸ・郵便のいずれかにてお申込ください。

**【申込先】** 公益社団法人滋賀県社会福祉士会

**【申込期間】** ２０２５年４月１０日（木）～５月９日（金）

|  |  |
| --- | --- |
| 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。※　受講を認めない場合は、所属都道府県社会福祉士会から受講申込者に、受講不可の旨を連絡ください。 |