**岩手県社会福祉士会　行　　　ＦＡＸ：０１９－６１３－５５０６**

**2024年度　名簿登録研修受講申込書**

下記の通り、受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  申込者氏名 |  | | |
|  | | |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 | ※日中に連絡がとれる電話番号の記載をお願いします。  ※ | | |
| 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 |
| * 受講者番号   ※成年後見人材育成研修受講者番号を記載ください。 |  |
| □　カリキュラムの全課程を出席できる | | ※受講要件２ |
|  | | ※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うえ、岩手県社会福祉士会事務局まで郵便またはＦＡＸにてお申込ください。（電話・Ｅ－mailでの申込は受け付けておりません）

**【申込先】　　岩手県社会福祉士会事務局（盛岡市中野2丁目16-1　SETﾋﾞﾙ3階A号室）**

**【申込締切】**　１１月１４日（木）までにＦＡＸでお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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）を確認し受講決定を認める。 |