

2009 年度社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書

B

受講希望会場と申込先 F A X (京都・大阪①②、兵庫①②、山口、高知、長崎・大分・宮崎・沖縄)

<input type="checkbox"/> 京都会場 2009年11月14日～15日 (FAX: 075-803-1574)	<input type="checkbox"/> 高知会場 2010年1月10日～11日 (FAX: 088-828-5922)
<input type="checkbox"/> 大阪会場① 2009年10月21日～22日 (FAX: 06-4304-2773)	<input type="checkbox"/> 長崎会場 2009年10月17日～18日 (FAX: 095-824-1976)
<input type="checkbox"/> 大阪会場② 2009年12月5日～6日 (FAX: 06-4304-2773)	<input type="checkbox"/> 大分会場 2009年11月14日～15日 (FAX: 0974-24-3340)
<input type="checkbox"/> 兵庫会場① 2009年12月12日～13日 (FAX: 078-265-1340)	<input type="checkbox"/> 宮崎会場 2009年12月12日～13日 (FAX: 0985-86-6116)
<input type="checkbox"/> 兵庫会場② 2010年2月13日～14日 (FAX: 078-265-1340)	<input type="checkbox"/> 沖縄会場 2010年1月30日～31日 (FAX: 098-836-8201)
<input type="checkbox"/> 山口会場 2009年11月21日～22日 (FAX: 083-922-9915)	

※1から3は修了証に記載される事項です。記入間違いの無いようお願いします。

(ふりがな) 1. 申込者氏名 (性別)	(ふりがな) 氏名 (男・女)
2. 生年月日	昭和 年 (西暦 19 年) 月 日生
3. 自宅住所	(〒 -) 都・道・府・県
4. 勤務先・役職	法人名 施設名 施設の種別 受講者の役職
5. 連絡先郵便番号・住所・電話・FAX (受講内定通知等の送付先となります。昼間連絡がとれるところをご記入ください。) (※連絡先が勤務先の場合、勤務先名を必ず記入してください。)	(〒 -) 都・道・府・県 (※勤務先名) 電話 FAX メールアドレス
6. 相談援助経験年数	資格取得前 年 資格取得後 年
7. 実習指導との関わり (注1)	<input type="checkbox"/> 現に実習指導している (年) <input type="checkbox"/> 今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未定
8. 会員/非会員 (○で囲んでください)	会員 ・ 非会員 ・ 入会申込中
9. 会員番号・所属支部 (会員の場合)	会員番号: 所属支部:
10. 社会福祉士資格取得年と登録番号 ※非会員の方は社会福祉士登録証のピコを添付して下さい。	資格取得 年 登録番号 第 号
11. キャンセル待ち	する ・ しない
12. 名簿掲載の可否	可 ・ 不可
※ 当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布する予定です。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」は掲載しますので、あらかじめご了承ください。	
13. 懇親会の参加希望 (※)	参加 ・ 不参加
14. 昼食 (弁当) の申込希望 (※)	申し込みする ・ 申し込みしない
15. 宿泊の申込希望 (※)	申し込みする ・ 申し込みしない
16. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な内容を具体的にご記入ください。	

(注1) 下記に所属長から現に実習指導をしている、または、今後する予定であることの証明をもらってください。

【所属長記入欄】上記の者は(現に実習指導をしている・実習指導する予定である)ことを証明します。

施設名 _____ 役職 _____ 氏名 _____ 印

※ 懇親会、弁当の手配、宿泊の案内は開催会場により行わない場合もあります。開催要項にてご確認ください。

※ お預かりした個人情報、社会福祉士実習指導者講習会の運営と本会または都道府県支部における実習指導者のためのフォローアップ事業以外の目的には使用いたしません。