受講申込書

2023年度社会福祉士実習指導者フォローアップ研修

※申込締切　９月１５日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話（当日つながる番号）：メールアドレス： |
| 所属 | 勤務先：住所： |
| 受講決定送付先 | □自宅　　　□勤務先 |
| 種別 | □県士会会員（会員番号　　　　　　　）　□会員以外　　□入会申込中 |
| 配慮が必要な方は、具体的な内容をご記入ください。 |  |

【申込先】

●郵送：〒920-8557　石川県金沢市本多町3丁目1-10　石川県社会福祉会館2階

　　　　一般社団法人　石川県社会福祉士会　事務局　実習指導者講習会担当　宛て

●メール：icsw@spacelan.ne.jp