

送付先：所属の県社会福祉士会（申込締切 2024年8月9日必着）

2024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	(携帯電話など連絡が付きやすい番号)		
メールアドレス (必須)	※ アルファベット・英数字・ハイフン(-)・アンダーバー(_)などの区別がつくよう明確に記載ください		
受講要件の確認 ※□に■(チェック)	<input type="checkbox"/> 会員番号 ※会員番号を記載ください。		※受講要件 1
その他 ※□に■(チェック)	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> a 基礎課程(基礎研修Ⅰ～Ⅲ)を受講済み(修了年度: 年度) <input type="checkbox"/> b 旧生涯研修制度共通研修課程を1回以上修了済み <input type="checkbox"/> c 認定社会福祉士 ※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。		※受講要件 2
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		※受講要件 3
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士会の年会費の未納がない		※受講要件 4

【申込方法】 必要事項をご記入のうえ、所属する県社会福祉士会事務局まで郵便またはFAX、E-mailにてお申込ください。(電話では受けません)

【申込締切】 8月9日(金)
※期日前でも定員となり次第締め切る場合があります。
※郵便での申込は締切日必着、FAX及びE-mailでの申込は締切日正午必着。

石川県 社会福祉士会 チェック欄	<input type="checkbox"/> 受講要件(受講要件1, 2, 3, 4)を確認し受講決定を認める。
------------------------	--