

## 2017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					
連絡先に☑を入れてください。	☐ 自宅	住所	〒 _____		
		電話	※携帯可	F A X	
	☐ 勤務・ 所属先	名称			
		住所	〒 _____		
		電話		F A X	
	受講要件の確認 ※☐に☑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			
☐ 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。				※受講要件 2	
☐ 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					
☐ カリキュラムの全課程に出席できる				※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、所属する都道府県社会福祉士会の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】** 所属の各県社会福祉士会の事務局

**【申込期限】** 2017年5月25日(木)

※定員となり次第締め切ります。

※郵便、FAXとも期限必着です。

所属都道府県 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)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。
---------------------------	---