

# F A X 送信方向

**F A X 番号 06-4304-2773**  
**(お間違えないよう再確認を！)**

## 《受講申込書》

社会福祉士相談援助実習指導者講習会修了者のフォローアップをするための研修

法人名			
施設名			
所在地 連絡先	〒		
	電話	F A X	
ふりがな 受講者名			職種
参加区分	一般参加	社会福祉士会会員	
		所属支部	会員番号
※該当するほうを○で囲み、会員の方は所属と会員番号をご記入ください。			
施設の種別* 該当種別を○で 囲んでください。	■【フィールド・ソーシャルワーク系】 障害者地域生活支援事業・社会福祉協議会・福祉事務所・地域包括支援センター ・独立型社会福祉士事務所・病院・その他（ ） ■【レジデンシャル・ソーシャルワーク系】 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・老人デイサービスセンター・生活保護関連施設 ・障害者支援施設・児童養護施設・その他（ ）		
車いすの使用、手話通訳等が必要 な方は、その旨ご記入ください。	特になし あり（ ）		
実習指導の経験年数	有り（約 年）	なし	
情報交換会の参加	※該当するほうを○で囲んでください。 参加 不参加（*参加される方は、当日実費を集めます）		

〈講座を申し込みされる方へ〉～個人情報の取り扱いについて～

ご提供いただきました個人情報につきましては、裏面にある利用、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営の為にのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

**(このまま送信してください)**

主催 公益社団法人 大阪社会福祉士会 大阪府中央区谷町7丁目4-15 TEL 06-4304-2772