

## 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！)**

大阪社会福祉士会 事務局 御中

年 月 日

## 参 加 申 込 書

研 修 名	ぱあとなあ登録相談員実習 * 相談援助経験のない会員が対象です。
-------	----------------------------------

お名前	ふりがな				
どちらかに☑ を入れてくだ さい	相談経験	会員番号	連絡先	(自宅・職場・携帯)	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	支部名			
希望実習先 (第3希望までカッコ内に数字を入れてください)					
独立型社会福祉士事務所 ( )					
地域包括支援センター ( )					
居宅介護支援事業所 ( )					
特別養護老人ホーム ( )					
病院 ( )					

※ご記入いただきました個人情報については研修運営の目的以外への使用はいたしません。

**【志望動機】必ずご記入下さい**

※ 2019年7月31日(水)までにFAXにてお申し込みをお願いします。

**F A X 番号 06-4304-2773**