

4月24日必着 郵送・FAX限定

(公社)大阪社会福祉士会事務局 宛 郵送かFAX (FAX:06-4304-2773)

※FAX番号はくれぐれも間違いのないようお願い致します。

2025年度成年後見人材育成研修申込書

下記の通り申込みます。

申込日 2025年 月 日

所属都道府県 社会福祉士会名	大阪 () 支部)・大阪以外 () 県士会		
(ふりがな) 申込者氏名	() 歳	社会福祉士 登録番号	
連絡先住所	〒 _____ (自宅 勤務先) ※研修資料の送付先になります		
連絡先電話番号		年齢 (2025年4月時点)	歳
連絡用メールアドレス (必須)	連絡および研修時に使用します。データ添付の受発信ができるアドレスを記入して下さい		
受講要件の確認 ※□に✓を入れてください。 ※要件すべてを満たす必要があります。	<input type="checkbox"/> 大阪 () 社会福祉士会		会員番号
	<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲまで完修済 (修了年度: _____ 年度 _____ 県士会) または 2011年度までの日本社会福祉士会の旧生涯研修制度の共通研修課程を1回以上修了している者 (修了1回目 _____ 年)		
	<input type="checkbox"/> 4日間のカリキュラムの全課程を出席できる		
	<input type="checkbox"/> 8月24日(日)開催の「名簿登録研修」に出席できる(大阪の会員のみ)		
<input type="checkbox"/> 名簿登録研修修了後、相談センターぱあとにあに名簿登録し、後見活動が出来る。			
現在の勤務先等	勤務先 _____ 所在地(市町村まで) _____		職種 ()
勤務歴等	①	_____ 職種 _____	相談員 経験年数(合計) _____ 約 _____ 年
	②	_____ 職種 _____	
	③	_____ 職種 _____	
その他			

※受講に関して特に配慮が必要な場合は「その他」に具体的な内容を記入してください。