申込先：新潟県社会福祉士会事務局　行き（2024年6月21日締切）　ＦＡＸ：025-281-5504

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：njacsw@poplar.ocn.ne.jp

　新潟県社会福祉士会　障害者の生活支援研修2024年度

受 講 申 込 書

（※開催要項に記載の申込フォームにアクセスできない場合、こちらをお使いください）

★記入必須項目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏　名** |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **会員・非会員の別** | □社会福祉士会会員（都道府県名：　　　　）（会員番号：　　　　　　　　）  □新潟県相談支援専門員協会会員　　　　　 （会員番号：　　　　　　　　）  □新潟県精神保健福祉士協会会員　　　　　 （会員番号：　　　　　　　　）  □上記のいずれでもない | | | | | | |
| **受講日程**  **（受講を希望する日程に○をつけてください）** | | | **○印** | **日程** | | | |
|  | 1日目のみ受講（7/22） | | | |
|  | 2日間とも受講（7/22～7/23） | | | |
| **勤務先・所属団体等の名称** |  | | | | | **職名・職種** |  |
| **メールアドレス**  **（必須）** | ※受講決定をはじめとする受講に関するご連絡は原則メールを使用します。メールアドレスに誤りがないようご記入ください。 | | | | | | |
| **連絡先電話番号** | （　□自宅　　□勤務先　　□個人携帯　） | | | | | | |
| **【※該当する方のみ】新潟県社会福祉士会**  **入会促進（紹介）キャンペーンクーポン利用記入欄** | | **利用するクーポン№** | | |  | | |
| **利用合計額** | | | 円分 | | |

＊記入いただいた情報は、本研修を含む新潟県社会福祉士会が実施する研修に関するご案内・ご連絡にのみ使用いたします。

＊お名前・勤務先・職名は、本研修当日に配布する参加者名簿に掲載させていただきますので予めご了承ください。

★以下は【区分１（認定社会福祉士研修単位取得）】の方のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **社会福祉士**  **登録番号** | 社会福祉士登録番号（　　　　　　　　　　　　　　）※会員番号とは異なります  ※都道府県社会福祉士会の会員でない方は、社会福祉士の登録証のコピーを添付してください。 |
| **自宅住所** | 〒  ※アパート、マンションなどの建物名、部屋番号まで記入してください。 |
| **受講条件**  **チェック欄** | □社会福祉士有資格者である  □障害福祉分野での自身の実践事例を提出できる |