

2017 年度 基礎研修 受講申込書

下記の必要事項*1) をご記入後、F A X、電子メールまたは郵送でお申し込みください。

氏 名		ふりがな	生年月日	西暦	年	月	日生
日本社会福祉士会 会員・非会員区別		※該当するものを○で囲んでください 会員 ・ 非会員					
日本社会福祉士会が発行した 会員番号又は、社会福祉士 登録番号		社会福祉士会会員番号：		社会福祉士登録番号：			
基礎研修区分		(1) 基礎研修Ⅰ (2) 基礎研修Ⅱ (3) 基礎研修Ⅲ					
※該当するものを○で囲んで ください		注：基礎研修Ⅱ申込みの方は、基礎研修Ⅰの修了証明書のコピーを添付して下さい。 基礎研修Ⅲ申込みの方は、基礎研修Ⅱの修了証明書のコピーを添付して下さい。期間 延長の方は別途期間延長願を添付して下さい。					
基礎研修テキストの購 入について		※基礎研修では、①基礎研修テキスト上巻、②基礎研修テキスト下巻、③スーパービジョン の三冊をテキストとして使用します。各自ご購入いただくこととなりますのでご注意ください。					
分野・職種属性		A. 高齢者福祉施設系(特養、老健、有料及びデイサービス含む) B. 医療保健福祉関係(病院、診療所など) C. 障がい者関係(施設、通所、就労支援など) D. 地域包括(包括支援センター、居宅ケアマネ含む) E. 児童関係(児童相談所、施設、子育て支援、スクールSW等) F. 低所得、ホームレス関係(行政生活保護SW含む) G. 社会福祉協議会(地域・後見センター等) H. 行政機関(生活保護SW以外) I. 教育機関(専門学校、大学などの教員等) J. その他()					
※該当するアルファベット を○で囲んでください							
ソーシャルワーク(相談 援助)実務経験歴		(実務経験歴) 年 月 日 (社会福祉士取得後) 年 月 日					
連絡先	勤務先	勤務先名称： 〒 住所： 電話： FAX： e-mail：					
	自宅	〒 住所： 電話： FAX： e-mail：					
希望連絡先		※研修資料等の送付先など社会福祉士会からの連絡先を選んで○をしてください。 勤務先 ・ 自宅					
その他		※研修受講にあたって配慮が必要な方は、その内容をお書きください。					

※1) 提供していただいた情報は、基礎研修の実施・運営・管理目的以外には使用しません。