

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。