（別紙）

　送付先：熊本県社会福祉士会　事務局　宛

**FAX：０９６－２８５－７７６２**

**Mail：**kumacsw@lime.plala.or.jp **（件名に「天草ブロック」と入力）**

**２０１７年度　熊本県社会福祉士会天草ブロック　第１回研修会　出欠票**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふ り が な****氏　　 名** | **□会　員（会員番号　　　　　　　　　）****□非会員** |
| **勤務先／所属** | **電話番号** |

　※いずれかに○をしてください。

研　修　会に　　出席します　・　欠席します

情報交換会に　　出席します　・　欠席します

|  |
| --- |
| **※以下は、天草ブロックの会員のみご記入ください。** |

**今後の天草ブロック研修会についての関するアンケート**

ⅰ）参加しやすい曜日

1. 月曜～木曜　　②金曜　　③土曜　　④日曜・祝日

ⅱ）参加しやすい時間帯

①13時から15時　　②14時から16時　　③15時から17時　　④19時から21時

⑤選択肢以外の時間

ⅲ）参加しやすい場所（具体的な場所があればその場所を）

Ⅳ）企画してほしい研修内容あるいは取り上げてほしいテーマ