

2024 年度 基礎研修Ⅱ 熊本県→他県受講申込書

※熊本県社会福祉士会の方で他県受講を希望される方は、下記必要事項をご記入の上、メールまたはFAXにて、熊本県社会福祉士会事務局へ申請して下さい。事前課題等については、受講決定後ご連絡します。

申請日	年 月 日		
所属県士会	熊本県	申込先県士会	県
会員番号		受講番号	
社会福祉士 取得年月	年 月	実務経歴	年
(ふりがな) 氏 名			
職種属性 ※該当するものを○で囲んでください	A. 高齢者施設関係（特養、老健、有料及びデイサービス） 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、SSW等） F. 低所得、ホームレス関係（行政生保SW含む） G. 行政機関、社会福祉協議会（地域・後見センター等） H. 教育機関（専門学校、大学などの教員等） I. その他（ ）		
その他 (緊急連絡先)	緊急連絡先：		

研 修 名 : 基礎研修Ⅱ

科 目 名 :

テ ー マ :

申込先県士会 : 県社会福祉士会

研修実施日 : 年 月 日 () ※他県受講希望日

事前課題 : 有 無

事後課題 : 有 無

備 考 : 他県受講の手数料の納入方法は、別途お伝えします。

連絡・申込先 : 熊本県社会福祉士会 事務局
電話 : 096-285-7761 / FAX : 096-285-7762
Mail : kumacsw@lime.plala.or.jp