



FAX番号 06-4304-2773

(お間違えないように再確認ください)

《受講申込書》

大阪社会福祉士会 2019年度実習指導者講習会修了者のフォローアップをするための研修 (2019年5月25日)

法人名			
施設名			
所在地 連絡先	〒 電話	FAX	
ふりがな 受講者名		職種	
参加区分	※該当する方を○で囲み、会員の方は所属と会員番号をご記入ください。		
	1. 一般参加	2. 社会福祉士会会員	所属支部 会員番号
施設の種別*該当種別を○で 囲んでください。	1. 【フィールド・ソーシャルワーク系】 障害者地域生活支援事業・社会福祉協議会・福祉事務所・地域包括支援センター ・独立型社会福祉士事務所・病院・その他 () 2. 【レジデンシャル・ソーシャルワーク系】 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・老人デイサービスセンター・生活保護関連施設 ・障害者支援施設・児童養護施設・その他 ()		
車いすの使用、手話通訳等が必要な 方は、その旨ご記入ください。	1. 特になし 2. あり ()		
実習指導の経験年数	1. 有り (約 年)		2. なし
情報交換会の参加	※該当する方を○で囲んでください。 1. 参加 2. 不参加 (*参加される方は、当日実費を集めます)		

〈講座を申し込みされる方へ〉～個人情報の取り扱いについて～

ご提供いただきました個人情報につきましては、裏面にある利用、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営の為にのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

主催 公益社団法人 大阪社会福祉士会 大阪府中央区谷町7丁目4-15 TEL 06-4304-2772