

2017年度 成年後見人材育成研修受講申込書

下記の通り申し込みます。

所属都道府県		
社会福祉士会名		
(ふりがな) 申込者氏名	生年月日：S・H 年 月 日生	
	※修了証に記載します。ご記入お願い致します。	
連絡先住所	〒 _____	
連絡先電話番号		
連絡先FAX番号	(※ある場合)	
<b>受講要件の確認</b> ※□に■(チェック)を入れてください。 ※要件の全てを満たす必要があります。	<input type="checkbox"/> 会員番号	
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号	
	<input type="checkbox"/> 研修修了後、権利擁護センターぱあとなあに名簿登録し、受任できる	
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる	
	※いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅲについては修了年度を記載ください。	
<input type="checkbox"/> 基礎研修Ⅲを受講済み(修了年度： _____ 年度)		
※各県士会によって要綱が異なるため、ご所属の県士会へお問合わせください。		
<input type="checkbox"/> 旧基礎研修を受講済み		
<input type="checkbox"/> 名簿登録研修に参加できる。		
※名簿登録研修のお申込先は、ご所属の県士会へお問合わせください。		
その他		

※受講に関して特に配慮が必要な場合は「その他」に具体的な内容を記入して下さい。

【申込方法】 必要事項をご記入のうえ、所属社会福祉士会より会長推薦をうけ、佐賀県社会福祉士会事務局までFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

【申込先】 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会  
〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号  
TEL : 0952-36-5833 FAX : 0952-36-6263

【申込期間】 平成29年4月1日(土)～平成29年5月19日(金)  
※定員になり次第締め切ります。

【都道府県社会福祉士会記入欄】 以下の欄には申込者は記入しないでください。

上記の者の「2017年度 成年後見人材養成研修」の受講を推薦します。  _____ 社会福祉士会 会長 _____ 印
---

※各都道府県社会福祉士会は、推薦の可否について申込者に連絡してください。