**一般社団法人 長崎県社会福祉士会事務局　行**

**名簿登録研修（3/13開催）参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **お　　名　　前** | **※会員番号：　　　　　　※受講番号：** |
| **連　　絡　　先** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **勤　　務　　先** |  |
| **ご　　住　　所**  **□自　宅**  **□勤務先** | **〒　　　　－** |

**※会員番号は、社会福祉士会の会員番号、受講番号は、養成研修の受講番号を**

**記載してください。**

****

****

**お申し込みは、長崎県社会福祉士会事務局へFAXでお願いいたします**

**FAX番号 　095-848-6012**