

社会福祉士会 御中

F A X :

申込書の送付先は「所属都道府県社会福祉士会の事務局」です

2024年度 成年後見人材育成研修(委託研修) 受講申込書

下記の通り、受講を申し込みます。

所属都道府県 社会福祉士会名			
(ふりがな) 申込者氏名			
連絡先住所	〒 _____		
連絡先電話番号			
連絡先 F A X 番号 (ある場合)			
受講要件の確認 ※□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 ※会員番号を記載ください。		※受講要件1
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士登録番号		
	<input type="checkbox"/> a 基礎課程(基礎研修Ⅰ～Ⅲ)を受講済み(修了年度: 年度) <input type="checkbox"/> b 旧生涯研修制度共通研修課程を1回以上修了済み <input type="checkbox"/> c 認定社会福祉士 *基礎課程(基礎研修Ⅲ)については修了年度を記載ください。		※受講要件2
	<input type="checkbox"/> カリキュラムの全課程を出席できる		※受講要件3
	<input type="checkbox"/> 会費未納はない		※受講要件4
その他	※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。		

【申込方法】 必要事項をご記入のうえ、所属する都道府県社会福祉士会の事務局まで郵便またはFAXにてお申込ください。(電話・E-mailでの申込は受け付けておりません)

【申込先】 所属都道府県社会福祉士会の事務局

【申込期間】 4月1日(月)～4月19日(金)

※定員となり次第締め切ります。

※郵便での申込は締切日消印有効、FAXでの申込は締切日必着。

所属都道府県 社会福祉士会 チェック欄	<input type="checkbox"/> 受講要件(受講要件1, 2, 3, 4)を確認し受講決定を認める。 ※ 受講を認めない場合は、所属都道府県社会福祉士会から受講申込者に、受講不可の旨を連絡ください。
上記の者の「2024年度 成年後見人材育成研修」の受講を推薦します。 _____ 社会福祉士会 会長 _____ 印	