

**FAX : 089-948-8032** 愛媛県社会福祉士会事務局 行

締め切り : 2018年10月31日(水) 事務局必着

## 2018年度 地域包括ケア ネットワーク実践力養成研修 申込書

ふりがな			所属都道府県 社会福祉士会名 (会員のみ記入)	
氏名				
会員番号 (会員のみ記入)		社会福祉士 登録番号		
【ご自宅】  <input type="checkbox"/> 修了証等 送付先 (自宅か勤務先 に、希望する□を チェック)	〒 (      -      )			
	固定電話： (      ) -		携帯電話： (      ) -	
	E-Mail：			
勤務先名				
【勤務先】  <input type="checkbox"/> 修了証等 送付先 (自宅か勤務先 に、希望する□を チェック)	〒 (      -      )			
	電話： (      ) -		FAX： (      ) -	
	E-Mail：			
領収書に ついて	研修会の受講費の領収書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
懇親会に ついて	<input type="checkbox"/> 懇親会に参加 <input type="checkbox"/> 懇親会には不参加			
備考	※配慮が必要な点がございましたらご記入ください  <input type="checkbox"/> 名簿記載を希望しない <input type="checkbox"/> キャンセル待ちの場合希望する			

※お預かりした個人情報、当研修の運営目的以外に使用いたしません。  
 受講者の「氏名」「勤務先」を記載した受講者名簿を、受講者へ配布します。  
 名簿への記載を希望されない方、キャンセル待ち希望の方は備考欄の□にチェックしてください。  
 ※郵送でお申込みされる場合は必ず控えを保管してください。