**実習指導者講習会講師養成研修　受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員区分※ | □社会福祉士会会員 | 会員番号： |
| □会員以外　 |
| 都道府県社会福祉士会名 |  |
| 受講について | 以下の受講パターンの内、１つを選択してください。□①講義の視聴のみ□②講義の視聴＋演習（1月29日）を受講□②講義の視聴＋演習（1月30日）を受講※いずれも講義視聴の後にレポート提出があります。 |
| 申込者の氏名・ふりがな※ | ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 勤務先名 |  |
| 連　絡　先  | 住所　〒 |
| 勤務先名（※連絡先が勤務先の場合のみ） |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　 |
| E-mailアドレス（au、docomo、SoftBank等のキャリアメールはセキュリティの関係で届かないことがございますので、お控えください） |
| 備考 | ※受講にあたって特に配慮が必要なことがありましたら、ご記入ください。 |

※各県士会で受講者をとりまとめていただき、日本社会福祉士会事務局までメールでお送りください。（送付先：kenshu-center@jacsw.or.jp）