

## 2020年度成年後見人材育成研修 受講申込書

下記の通り、受講を申し込みます。

2020年 月 日

所属都道府県 社会福祉士会名			
(ふりがな) 申込者氏名			
自宅住所	〒 _____		
連絡先電話番号			
メールアドレス			
連絡先 F A X 番号 (ある場合)			
勤務先名			所属部署
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"/> 基礎研修Ⅲを受講済み(修了年度: _____ 年度)		※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
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、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】 鹿児島県社会福祉士会

【申込期間】 10月6日～10月19日

※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。