事務局欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付No | 受付日 | 振込日 | 備考 |
|  |  |  |  |

申込日　2016年　　　　月　　　　日

福岡県社会福祉士会　行

FAX 　０９２－４８３－３０３７

2016（平成28）年度 基礎研修Ⅱ　申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 会員番号 |  | 社会福祉士登録番号 |  |
| 入会年 | 西暦　　　　　　　　年 | 資格取得年 | 西暦　　　　　　　　年 |
| 自宅住所 | 〒電話番号　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　―　 |
| 日中の連絡先 | （ 携帯 ・ 自宅 ・ 職場 ）　　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　―　 |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先（住所・電話） | 〒電話番号　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　―　 |
| 所属先属性※該当するものを〇で囲んでください | Ａ．高齢者施設関係（特養、老健、有料及びディサービス）Ｂ．医療保険福祉関係（病院、診療所など）Ｃ．障がい者関係（施設、通所、就労支援など）Ｄ．地域包括（包括支援センター、居宅ケアマネ含む）Ｅ．児童関係（児童相談所、施設、子育て支援等）Ｆ．低所得、ホームレス関係（行政生保ＳＷ含む）Ｇ．行政機関、社会福祉協議会（地域・後見センター等）Ｈ．教育機関（専門学校、大学などの教員等）Ⅰ．その他（ ） |
| 社会福祉士としての実務経験の有無 | 有　・　無 | 社会福祉士としての実務経験年数 | 年 |
| これまでの相談援助専門職としての実務経験の有無 | 有　・　無 | 左記における実務経験年数 | 年 | 主な職名（　　　　　　　　　　　　） |

※これまでの実務経験内容が、社会福祉士及び相談援助専門職としての職務かどうかは、ご自身の判断で差支えございません。

|  |  |
| --- | --- |
| 基礎研修Ⅱ受講にむけての抱負など（任意） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

□私は、福岡県社会福祉士会が主催する2016年度基礎研修Ⅱを受講します。

（□にチェックを入れて下さい）

※記載している個人情報は、本研修会目的以外で使用することはございません。