　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務局欄

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

申込日　2021年　　　　月　　　　日

福岡県社会福祉士会　行

FAX 　０９２－４８３－３０３７

2021年度 基礎研修Ⅱ　受講確認書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 |  |
|  |
| 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　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　― |

※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。