(必要でしたら切り取ってラベルとしてお使いください)

（送付先）

〒812-0011

福岡市博多区博多駅前3丁目9番12号

アイビーコートⅢビル５F

公益社団法人 福岡県社会福祉士会

サービス管理責任者等研修係　宛

（送り主）

〒

住　所：

所　属：

氏　名：

ご送付前に封入書類をご確認下さい（実践研修）

☐ １，法人推薦書 原本

☐ ２，実務経験証明書 コピー

☐ ３，旧カリキュラム　サービス管理責任者等研修の修了証書(コピー)

☐ ４，相談支援従事者初任者研修 講義部分の受講証明書

または相談支援従事者初任者研修の修了証書のコピー

☐ ５，資格要件に関わる資格証明書のコピー（所有者のみ）

☐ ６，姓の変更がある方は旧姓と新姓が分かる書類のコピー