**申込締切：２０１６年８月２５日（木）必着　ＦＡＸ：０２６－２６６－０３３９**　長野県社会福祉士会事務局 行

**201６年度 福祉関係者のための地域ネットワーク実践力養成研修　受講申込書**

記入日２０１６年　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | 社会福祉士会会員 | | 会員番号： | | | 社会福祉士登録番号 |
| 会員以外 | | 社会福祉士　　〔 入会申請中の方はチェック〕 | | |
| 社会福祉士以外 | | | |
| ふ り が な  氏 名（性別） | | | ふ り が な  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男性　女性） | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | |
| 職種  （該当する□  にチェック） | 地域包括支援センター  障がい者相談支援センター  社会福祉協議会  市町村行政等 | | | 介護支援専門員  社会福祉士  その他（　　　　　　　　） |  | |
| 送付先住所  自宅　勤務先  ※受講決定通知送付先です。 | | 住所　〒 | | | | |
| 勤務先名（連絡先が勤務先の場合のみ） | | | | |
| 日中連絡先  自宅　勤務先 | | ＴＥＬ：　　　　　　　　 　　　　　　　ＦＡＸ： | | | | |
| E-mailアドレス（ある場合のみ） | | | | |
| キャンセル待ち | | キャンセル待ちを希望します　（申込数が定員を超えた場合） | | | | |
| 証 明 書 希 望 | | 主任介護支援専門員更新に伴う、法定外研修受講証明書発行を希望します | | | | |
| 備　考  （受講にあたって特に配慮が必要な事などありましたらご記入ください） | |  | | | | |

* お預かりした個人情報は、本研修会の運営目的以外には使用いたしません。
* 社会福祉士会への入会を希望する方へは「入会資料」をお送りします。下記申込先までご連絡ください。

【申込方法】 **ＦＡＸまたは郵便にて**申し込み（電話は不可）。申込書の控えは、必ずお手元にお持ちください。

【申 込 先】　**ＦＡＸ：０２６－２６６－０３３９**

【申込締切】　**２０１６年 ８月２５日（木）必着**（先着順）※申込締切日前でも定員になり次第締め切ります。

【受講決定】　受講の可否・決定は、８月末日までに、事前課題とともに連絡します。

【そ の 他】　自然災害等発生によりやむを得ず研修会を中止する場合があります。ホームページ（https://nacsw.jp/）を参照ください。中止の場合、受講料返金は行いませんので了承ください。

【問合せ先】　公益社団法人　長野県社会福祉士会事務局

長野県長野市南県町685-2　長野県食糧会館6F

　　　　　　　TEL：026-266-0294　　FAX：026-266-0339　　E-mail: info@nacsw.jp