**2018年度 　障がい者の地域生活支援研修 申込書**

FAX：０２６-２６６-０３３９　(公社)長野県社会福祉士会　申込期限：2018年10月4日(木)

下記の通り申込みます　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　２０１８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 |
| 認定社会福祉士認証単位 | □研修単位取得目的 |
| 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 |
|  |  | **勤務先名** |  |
| **勤務先****種　別** | １．入所施設２．グループホーム３．就労系事業所４．相談支援５．生活介護（通所系）６．その他（　　　　　　　　　） | **分　野** | １．身体障害者関連２．知的障害者関連３．精神障害者関連４．児童関連５．その他（　　　　　　　　　　）　 |
| **実務経験** | １)１年未満　 ２)３年未満　 ３)５年未満　 ４)10年未満　 ５)10年以上 |
| **受講決定通知等の送付先**（□自宅　□勤務先）※どちらかにチェックしてください | 住所　〒　　　　　　　　　 |
| 勤務先名（※送付先が勤務先の場合のみ記入してください） |
| **連　絡　先**（□自宅 □勤務先）※どちらかにチェックをつけ、平日の日中に連絡がとれる連絡先をご記入ください。 | 住所　〒 　 　　 |
| TEL： | FAX： |
| E-mailアドレス（ある場合のみ） |
| **受講者名簿への掲載**（研修会当日、受講者名簿を配布します。） | 　□記載しない　※「受講者名簿」には、受講者番号、氏名、都道府県士会名、勤務先を掲載し受講者へ配布します。「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみの掲載となります。 |
| **懇親会への参加希望** | * 参加する（５，０００円）　　□ 参加しない　　□ 未定
 |
| **備　考****(受講申込にあたって特に配慮を要することなどがあればご記入ください）** | 　 |

注１）お預かりした個人情報は、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。

注２）申込書の控えを必ずお持ちください。

注３）事例を提供することについて本人の同意がとれることが必要です（同意書の確認を求める場合があります）。

**【受講可否】　 受講の可否は10月下旬頃に、受講申込者全員に文書にてご連絡いたします。**

**【宿泊費等】** 会場までの往復の交通費および宿泊費、昼食は自己手配となります。

【**自然災害による中止**】自然災害発生等によりやむを得ず研修会を中止する場合がございます。判断基準等は、

　本会ホームページをご参照ください。中止の場合は、受講料返金は行いませんのでご了承ください。

【**申込・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