

# 令和元年度 コミュニティソーシャルワーク実践研修 申込書

【個人情報の取り扱いについて】

本申込書等各種添付書類に記載された個人情報は、適正に管理を行い、本研修の事業運営に関わること及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。

申 込 者	フリガナ			生 年 月 日	昭和 ・ 平成
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日
	連 絡 先	自宅 TEL		携 帯 電 話	
	住 所	(〒 - )			
現 勤 務 先	事業所名			施 設 種 別	
	所 在 地				
	TEL/FAX	TEL		FAX	
	現勤務先 従事年数	年 月 *従事年数は、平成31年4月1日現在で記入してください。			
福祉職従事年数 (該当者のみ)	年 月				
連 絡 先	連絡先として希望するものに○を付けてください。				
	( ) 勤務先 TEL ・ ( ) 自宅 TEL ・ ( ) 携帯電話				
送 付 先	資料等の送付先で希望するものに○を付けてください。				
	( ) 勤務先 ・ ( ) 自宅				
宿 泊 (第Ⅱ期1日目)	宿泊を 希望する ・ 希望しない				
昼 食	弁当注文の有無について、それぞれ○を付けてください。				
	弁当 700 円 (お茶付)	第Ⅰ期	(1日目)	希望する	希望しない
			(2日目)	希望する	希望しない
		第Ⅱ期	(1日目)	希望する	希望しない
			(2日目)	希望する	希望しない
			(3日目)	希望する	希望しない
		第Ⅲ期		希望する	希望しない

【申込み・問合せ先】

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 地域福祉部 地域福祉班 担当：河内、矢羽田  
〒753-0072 山口市大手町9-6  
TEL (083) 924-2828 FAX (083) 924-2847 MAIL [chiiki@yg-you-i-net.or.jp](mailto:chiiki@yg-you-i-net.or.jp)