**岩手県社会福祉士会　行　　　ＦＡＸ：０１９－６１３－５５０６**

**2024年度　成年後見人材育成研修(委託研修)**

**受講申込書**

下記の通り、受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属都道府県  社会福祉士会名 |  | | |
| （ふりがな）  申込者氏名 |  | | |
|  | | |
| 連絡先住所  （自宅・職場） | 〒 | | |
| 連絡先電話番号  （日中に連絡の取れる） |  | | |
| オンライン研修時、使用するメールアドレス(必須) | ※アルファベッド、英数字、ハイフン(―)、アンダーバー(＿)など明確にご記入ください。 | | |
| 受講要件の確認  ※□に■(チェック)  を入れてください。  ※要件の全てを満たす  必要があります。 | □　会員番号  ※会員番号を記載ください |  | ※受講  要件１ |
| □　社会福祉士登録番号 |  |
| □　a 基礎課程（基礎研修Ⅰ～Ⅲ）を受講済み（修了年度：　　年度）  □　b 旧生涯研修制度共通研修課程を1回以上修了済み  □　c 認定社会福祉士  ＊基礎課程（基礎研修Ⅲ）については修了年度を記載ください。 | | ※受講  要件２ |
| □　1日目~3日目Zoomオンライン研修で出席できる  □　4日目、集合研修（予定：秋田市御所野）に出席できる。  (感染症拡大時はオンライン実施) | | ※受講  要件３ |
| **岩手県**社会福祉士会受講要件  □　会費の未納のないもの | | ※受講  要件４ |
| その他 | ※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。 | | |

**【申込方法】**　　必要事項をご記入のうえ、岩手県社会福祉士会事務局まで郵便またはＦＡＸにてお申込ください。（電話・Ｅ－mailでの申込は受け付けておりません）

**【申込先】**　岩手県社会福祉士会

**【申込期間】**　３月１８日（月）～４月３０日（火）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属都道府県  社会福祉士会  チェック欄 | □　受講要件（受講要件１，２，３，４）を確認し受講決定を認める。  　　※受講を認めない場合は、所属県士会から受講申込者に受講不可の旨をご連絡ください。 |

※お預かりした個人情報は、当研修の運営目的以外には使用いたしません。