

# 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 年 月 日
	氏名	(姓)	(名)		
	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)