**FAX：０８９－９４８－８０３２** 愛媛県社会福祉士会事務局　行

*締め切り：2023年9月２５日（火）事務局必着*

2023年度　災害支援活動者養成研修　申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 所属都道府県  社会福祉士会名  (会員のみ記入) |  |
| 氏　　名 |  | | |
| 会員番号  (会員のみ記入) |  | 社会福祉士  登録番号 | |  | |
| 【ご自宅】  □修了証等  送付先  **（自宅か勤務先に、希望する□をチェック）** | 〒（　　　　－　　　　） | | | | |
| 固定電話：  （　　　）　　－ | | 携帯電話：  （　　　　）　　　－ | | |
| E-Mail： | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | |
| 【勤務先】  □修了証等  送付先  **（自宅か勤務先に、希望する□をチェック）** | 〒（　　　　－　　　　） | | | | |
| 電話：  （　　　）　　－ | | FAX：  （　　　　）　　　－ | | |
| 修了証発行について | * 修了証の発行を希望する   (認定社会福祉士認証・認定機構による認証研修の単位を必要とする方)   * 修了証の発行を希望しない   (認定社会福祉士認証・認定機構による認証研修の単位を必要としない方) | | | | |
| 領収書に  ついて | 研修会の受講費の領収書発行を　　□　希望する　　□　希望しない  領収書発行希望時の宛書： | | | | |
| 災害支援  経験の  有　無 | * あり　□　なし　　例)東日本大震災での地域包括支援センターへの支援 | | | | |
| 懇親会 | □　参加　　　　□　不参加 | | | | |
| 備 考 | ※配慮が必要な点がございましたらご記入ください   * 名簿記載を希望しない　　　□キャンセル待ちの場合希望する | | | | |

※お預かりした個人情報は、当研修の運営目的以外に使用いたしません。

受講者の「氏名」「勤務先」を記載した受講者名簿を、受講者へ配布します。

名簿への記載を希望されない方、キャンセル待ち希望の方は備考欄の□にチェックしてください。

※郵送でお申込みされる場合は必ず控えを保管してください。