

受講申込書

2023 年度社会福祉士実習指導者フォローアップ研修

※申込締切 9月15日

氏名 (ふりがな)	()
住所	〒
連絡先	電話 (当日つながる番号) : メールアドレス :
所属	勤務先 : 住所 :
受講決定送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
種別	<input type="checkbox"/> 県士会会員 (会員番号) <input type="checkbox"/> 会員以外 <input type="checkbox"/> 入会申込中
配慮が必要な方は、具体的な内容をご記入ください。	

【申込先】

- 郵送：〒920-8557 石川県金沢市本多町3丁目1-10 石川県社会福祉会館2階
一般社団法人 石川県社会福祉士会 事務局 実習指導者講習会担当 宛て
- メール：icsw@spacelan.ne.jp