

現在の勤務先事業所からの推薦について

◀ 推薦欄 ▶

本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、上記の者を受講者として推薦いたします。

年 月 日

事業所名：

事業所の
代表者名

印

◀ 理由書 ▶※勤務先事業所からの推薦を得られない場合は、その理由を記入し押印してください。

年 月 日

受講希望者氏名

印

※必ず自署して下さい

備 考
(受講にあたり配慮
を要する事項等)

～記入上の注意点～

- * 氏名・勤務先を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。都合が悪い場合は、備考欄にその旨ご記入ください。
- * 受講決定通知書は原則、勤務先へ送付します。都合が悪い場合は備考欄に送付先をご記入ください。
- * 申込書は事務局まで郵送してください。FAX・持参での申し込みはお受けできません。また、郵便事故等による申込書不達について、事務局では責任を負いかねます。届いたかどうかの確認のお電話にも対応しかねますので、できる限り「追跡システムを利用できるレターパックライト」での郵送をお勧めいたします。
- * 万が一期日を過ぎても受講決定通知書が届かない場合は、お手数ですが事務局までご照会ください。
- * お問い合わせについては出来る限りFAXかメールをご利用ください。

【お問い合わせ先・お申込み先】

一般社団法人 愛媛県社会福祉士会 事務局

〒790-0905 愛媛県松山市樽味2丁目2番3号 ラ・マドレーヌビル2階 TEL (089) 948-8031

FAX (089) 948-8032

メール eacsw@mbr.nifty.com