

研修の希望日について、1・2・3より選択し、第一希望と第二希望欄にそれぞれ一つずつ記入してください。
※お申し込みの状況によってご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

第一希望		第二希望		1. 11月14日(土)～15日(日) 2. 11月19日(木)～20日(金) 3. 11月29日(日)～30日(月)
------	--	------	--	---

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	
----	--

～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 愛媛県松山市榊味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