**ＦＡＸ　(089)948-8032**

**ﾒｰﾙ　eacsw@mbr.nifty.com**

愛媛県社会福祉士会事務局　行　　※FAX送信表不要

**2023年度　基礎研修Ⅱ　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 　**★必須記入** |  |
| 勤務先(勤務先がない場合記入不要) |  |
| 資料等送付先**★必須記入** | 〒住所 |
| 資料等送付先　区分(□にチェック)**★必須記入** | * 自宅　　　　□　勤務先
 |
| 受講者区分(□にチェック)**★必須記入** | □　会員（NO. 　　 　 　 ）　□　手続き中　　□　一般 |
| Eメールアドレス**★必須記入** |  |
| 緊急時連絡先電話番号（研修中止等の緊急時連絡先）**★必須記入** |  |
| 備　考※配慮等が必要な点がございましたらご記入下さい |  |

＊受講決定後、事務連絡等のために受講生メーリングリストを作成したいと考えております。メールアドレスは、資料をお送りする場合もございますので、添付ファイルが確認できるアドレスをお願いします。

＊個人情報につきましては、本会の基礎研修以外には使用いたしません。