FAX　075-585-5431

締切　9月30日

一般社団法人京都社会福祉士会事務局宛て

|  |  |
| --- | --- |
| **研 修 名** | **再受講者限定　実習指導者講習会** |
| **（ふりがな）****名　前** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **住　所**※受講決定通知等をお送りします。住所以外への送付を希望される場合は、通信欄に記載ください。 | 〒　　　‐　　　 |
| **連絡先**※昼間、連絡がとりやすい番号等を記載ください | 電話・FAX |  |
| 携帯番号 |  |
| E-MAIL |  |
| **勤務先** | 法人名 |  |
| 施設・機関名 |  |
| 所在地 |  |
| **社会福祉士会****会員／会員外** | いずれかに○してください　**→**　　会員　　／　　会員外　※会員の場合　会員番号（　　　　　　　　　　）所属社会福祉士会名（　　　　　　　　　　） |
| **通信欄**※受講にあたって配慮が必要な方は内容を記載ください |  |

**参 加 申 込 書**

一般社団法人京都社会福祉士会

〒604-0874　京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375

ハートピア京都7階

TEL：075-585-5430　　FAX：075-585-5431