**２０２４年度成年後見人材育成研修(委託集合研修)**

**受　講　申　込　書**

下記の通り、受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  申込者氏名 |  | | |
|  | | |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 |  | | |
| 連絡先ＦＡＸ番号  （ある場合） |  | | |
| e-mail | （パソコンからのメールが受信可能なアドレスを記載ください） | | |
| 受講要件の確認  ※□に☑(チェック)を入れてください。  ※要件の全てを満たす  必要があります。 | □　会員番号  ※会員番号を記載ください。 |  | ※受講要件（1） |
| □　社会福祉士登録番号 |  |
| □　カリキュラムの全課程を出席できる | | ※受講要件（3） |
| ＊いずれかにチェックの上、基礎研修Ⅲについては修了年度を記載ください。  □　基礎研修Ⅲを受講済み（修了年度：　　　　　年度）  　　　※2023年度基礎研修Ⅲ受講者は見込みでお申込み可）  □　共通研修課程修了（修了回数：　　回）  □　認定社会福祉士（認定社会福祉士登録番号　　　　　　　　） | | ※受講要件（4） |
| □　会費滞納はない | | ※受講要件（5） |
| 誓約書同意欄  （別紙ご確認ください） | * 同意いたします。 | | |
| その他 | ※受講に関して特に配慮が必要な場合は具体的な内容を記入ください。 | | |

**【申込方法】**　　必要事項をご記入のうえ、下記事務局まで郵便・e-mailにてお申込ください。

※電話・ＦＡＸでのお申込みは受付けておりません。

※申込書の控をお手元にお持ちください。

**【申込先】**一般社団法人京都社会福祉士会

**【申込期間】**　２０２４年３月８日（金）～４月８日（月）

|  |
| --- |
| 一般社団法人京都社会福祉士会　事務局  　　　　　　　〒６０４-０８７４  　　　　　　　京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町３７５  京都府立総合社会福祉会館（ハートピア京都）7階  　　　　　　　　　TEL：０７５－５８５－５４３０  e-mail： kenriyogo@cswkyoto.or.jp |