**令和７年度　コミュニティソーシャルワーク実践研修　申込書**

【個人情報の取扱いについて】

本申込書等各種添付書類に記載された個人情報は、適正に管理を行い、本研修の事業運営に関わること及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。

|  |
| --- |
|  |
| **参加者** |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  |  | **生年****月日** | 昭和・平成　年　　 月 　　日 |
| **氏　名** | (姓) | (名) |
| **連絡先**（連絡が取れる電話番号、メールアドレス、資料送付先の住所を記入してください） |
| **ＴＥＬ** | 　 | **住****所** | (〒　　　　－　　　　　)　□勤務先　　□自宅　　※チェックしてください |
| **メール** |  |
| **勤務先** |
| **名　称** |  |
| **勤続年数** | 年　　　か月　　　＊令和７年４月１日現在 |
| **福祉職****従事年数** | 　　　　　　　年　　　か月　　　＊令和７年４月１日現在 |
| **研修会当日** |
| **昼食弁当の注文** | 弁当800円程度（お茶付）※金額は途中で変更になる可能性があります。 | 第Ⅰ期 | （１日目） | 希望する | ・ | 希望しない |
| （２日目） | 希望する | ・ | 希望しない |
| 第Ⅱ期 | （１日目） | 希望する | ・ | 希望しない |
| （２日目） | 希望する | ・ | 希望しない |
| 第Ⅲ期 |  | 希望する | ・ | 希望しない |
| **第Ⅱ期**9/22美祢市 | 情報交換会(6,000円程度) | 参加を希望する　　・　　希望しない　・　　未定 |

**申込締切　令和７年６月２７日（金）**

【申込み・問合せ先】

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会　地域福祉部　地域福祉班 担当：和田、中村

　〒753-0072　山口市大手町9-6

　TEL：（083）924-2828　FAX：（083）924-2847　MAIL：chiiki@yg-you-i-net.or.jp