静岡県社会福祉協議会　福祉企画部地域福祉課　漆畑 行

この申込書は当研修会以外の目的に使用しません。

**ＦＡＸ番号　０５４－２５１－７５０８**（送信票不要）

**メール　yuka\_urushibata@shizuoka-wel.jp**

６月18日（水）までに御提出願います。

令和７年度　コミュニティソーシャルワーク実践者養成研修

受　講　申　込　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号  ※事務局記入 |  | **申込日** | 令和７年　　月　　　日 |
| **ふりがな** |  | **所属分類** | □市町社会福祉協議会  □市町行政  □地域包括支援センター  □高齢者分野  □障害者分野  □児童分野  □社会福祉法人  □その他  　(　　　　　　　　　　　　　) |
| **お名前** |  |
| **市町名** | 市・町 |
| **相談業務の**  **経験年数** | 年 |
| **所属先** |  | | |
| **所属先住所** | 〒　　　－ | | |
| **連絡先** | TEL（　　　－　　　－　　　　）　　FAX（　　　－　　　－　　　　） | | |
| **メールアドレス** |  | | |
| **所属先以外の連絡先等** | 〒　　　－ | | |
| TEL（　　　－　　　－　　　　）　　FAX（　　　－　　　－　　　　） | | |
| **１　本研修の受講の動機（目的）** | | | |
|  | | | |
| **２　受講にあたっての問題意識、本研修で学びたいこと。** | | | |
|  | | | |

※複数名（原則３名以内）での申込の場合は、申込書をコピーして御活用ください。