一般社団法人 静岡県社会福祉士会 事務局行
ＦＡＸ：０５４－２５２－００１６

共通参加申込書

以下のとおり、研修に参加したいので申し込みます。

（記入日　　月　　日）

研 修 名	
開催日時	年　　月　　日（　）　　：　～　：

（ふりがな） ご 氏 名	
日中の連絡先	（自宅・携帯・勤務先）　　－　　－
ご 自 宅	〒
勤務先名	
職　　種	
懇 親 会	※開催要項に懇親会開催の記載がある場合のみ □ 参　加　　□ 不参加
会員／非会員	□ 会　員（No.　　）□ 非会員
備　　考	※各研修の開催要項で個別にお尋ねしていることがあればご記入ください

【注】定員を超えるお申し込みがあり、ご参加いただけない場合には、事務局より連絡します。
【注】上記の個人情報は、本会の研修受付と本会からのご案内以外には使用いたしません。
勤務先名はグループ分け等の参考にする事がありますのでご記入ください。

【お問い合わせ先】一般社団法人 静岡県社会福祉士会 事務局
〒420-0024　静岡県静岡市葵区中町24-2　若杉ビル3F
TEL：054-252-9877　FAX：054-252-0016