**送信票不要※この用紙で送信して下さい。**

**送信先ＦＡＸ：　　０２４－９２４－７２０２**

**福島県社会福祉士会　事務局　宛**

**申込期日：２０１９年１１月３０日(土)**

**一般社団法人福島県社会福祉士会**

**本人情報シートに関する研修会**

**参　加　申　込　書**

**日時：１２月１１日（水）１３:３０～１６：３０**

**受付　１３:０５**

**場所：郡山市総合福祉センター　５階集会室**

**[お　名　前：　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**[所属機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**[連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　]**

**[連絡先FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福島県****社会福祉士会** | **福島県****医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ協会** | **福島県****精神保健福祉士会** | **福島県****介護支援専門員協会** | **福島県****相談支援専門員協会** | **その他****及び****非会員** |
|  |  |  |  |  |  |

**※ご自身が中心的に活動している団体に◎、他に所属している団体に○をつけて下さい。**