

平成 27 年度 スクールソーシャルワーク研修会

【申込締切】平成 28 年 2 月 8 日 (月) 10 時まで ※定員を超えた場合は主催者によって調整させていただきます

申し込み年月日：平成 年 月 日

会 員 該当するものに○ をしてください	・ 県精神保健福祉士協会会員である ・ 県社会福祉士会会員である (会員番号 _____ )
研修時に、氏名・所属先の入った参加者名簿を作成して配布いたします 公表してほしくない箇所がある場合、□に、☑をしてください。	
<input type="checkbox"/> 氏 名	(ふりがな)
<input type="checkbox"/> 勤務先名	
参加対象区分	【該当する番号に○をしてください】 1. 県内でSSWとして既に活動しており、今後も活動を希望する者 2. 新規にSSWとしての活動を希望する者 3. 今後SSWとして活動することに関心のある者 4. 県市町教育委員会    5. 幼・保・小・中・高等学校・大学等の教職員 6. スクールカウンセラー 7. 子どもの福祉に関わる方及び福祉関係従事者 (職名： _____ ) 8. 県外のSSW    9. 県外の学校関係者 10. 日本学校ソーシャルワーク学会会員    10. その他本会が認めた者
<input type="checkbox"/> 連絡先	住所 〒 _____ ( 自宅 ・ 勤務先 ) <hr/> 勤務先名 (連絡先が勤務先の場合のみ) <hr/> TEL : _____ FAX : _____
備 考 (参加にあたって特に配慮が必要 な事などがありましたらご記入 ください)	

※一旦お申込みいただきました内容に変更等が生じた場合は、必ず書面にてご連絡ください。

※お預かりした個人情報、本目的以外には使用いたしません。

【自然災害による中止】

自然災害発生等、その他研修を開催するにあたって支障をきたす事案が発生した場合、やむを得ず研修会を中止する場合がございますので、予めご了承ください。研修会が中止になった場合は、本会ホームページのトップページでお知らせしますので、各自、受講前に必ず確認するようお願いいたします。

(本会HP : <http://yamaguchicsw.com/>)

【申込方法】 所定の申込書にて、下記の申込先に、**FAX**によりお申し込み下さい。

【申 込 先】 〒753-0072 山口県山口市大手町9番6号 山口県社会福祉会館内

一般社団法人山口県社会福祉士会 TEL : 083-928-6644 FAX : 083-922-9915