**2024年度基礎研修Ⅰ　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属県士会名** | 秋田県社会福祉士会 |
| **会員番号** |  |
| **社会福祉士登録番号** |  |
| （ふりがな）**氏　名** |  |
|  |
| **自宅住所** | 〒 |
| **勤務先** |  |
| **メールアドレス（必須）** | **※受講用アドレス（携帯アドレス不可）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **連絡先ＴＥＬ** | □自宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※秋田県社会福祉士会メールアドレス

akitaken-csw@flute.ocn.ne.jp

事務局

使用欄

No．