**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](mailto:akitaken-csw@flute.ocn.ne.jp)

事務局

使用欄

No．