

申請日 年 月 日

兵庫県社会福祉士会
生涯研修センター長 様

2016 年度 基礎研修Ⅱ
代替受講申込書

日本社会福祉士会が発行した会員番号 (県士会に所属していない場合は 社会福祉士登録番号)		受講番号	
氏 名			
連 絡 先 (※受講資料がある場合の送付先にな りますので、ご自宅住所の記載をお 願います。)	(〒)	TEL	FAX
	(※日中連絡が取れる電話番号をお願いします。 電話番号を職場にする場合は、職場名の記載もお願いします)		
参加できない日程			
参加できない理由			
備考欄			

※代替受講にあたっての受け入れ可否の決定権限は、受け入れ側の他府県士会にあります。
ご希望に添えない場合もありますが、ご了承ください。

(問い合わせ先・送付先) :

一般社団法人 兵庫県社会福祉士会事務局 担当/中村
〒651 - 0062 兵庫県神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター 5F
TEL: 078-265-1330 FAX: 078-265-1340
E-mail : nakamura@hacsw.or.jp