

第16回 行動理解・支援力 パワーアップセミナー参加申込書

知的障害援助専門員 通信教育(受講番号)を記入	知的障害援助専門員 資格認定番号を記入	知的障害福祉士 資格認定番号を記入	社会福祉士養成所 (学籍番号)を記入	施設長による推薦の 場合(○)を記入
連絡先 (書類送付先) ※事業所送付の 場合は必ず事業 所名まで記入し てください 〒 _____ _____ 都・道・府・県 TEL: _____ 携帯: _____				
フリガナ	性別		懇親会	
氏名	男・女		参加する ・ 参加しない	
請求書 必要・不要	宿泊をご希望の場合は 下記に“○”をしてください	宿泊日 (希望日に○をしてください)	宿泊ルーム (希望欄に○をしてください)	
請求書宛名	サンルート有明 (江東区有明 3-6-6)	9/15(金)…前泊	喫煙	
		9/16(土)…当泊	禁煙	
勤務先 名称	職名	勤務年数	年	
E-mail	@	今回の参加は ()回目		

- ☆作成いただきました事例と一緒に提出してください。
- ☆通信教育受講番号・知的障害援助専門員番号・知的障害福祉士番号，社会福祉士養成所学籍番号のうちいずれかをご記入ください。
- ☆「施設長による推薦」でお申込みの方は“○”をご記入ください。別途所定の推薦書を提出していただきます（後日書類を送付いたします）。
- ☆「懇親会」は選択となっておりますので，どちらかに必ず“○”をご記入ください。
- ☆「請求書」に必要・不要を“○”で記入し，必要な場合に限り宛名を記載してください。宿泊に関する請求書は名鉄観光サービス(株)の発行となります。
- ☆「宿泊」をご希望の方は，7ページ「宿泊施設のご案内」を確認いただき，希望される宿泊施設・宿泊日等に“○”をご記入ください。また，必要としない方は未記入としてください。
希望された方には，名鉄観光サービス(株)よりご案内いたします。
- ★Eメールにて連絡する場合がありますので，お持ちの方は所定の欄へご記入ください（携帯可）。
- ★お申込み確定後に，参加費等の郵便振替用紙を送付いたします（宿泊費除く）。
- ★お振込みいただいた参加費の返金はありません。当日欠席の場合は，後日資料を送付いたします。
- ★本紙のコピーを，必ず控えとしてお取りください。

申込先：公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 通信教育部係
〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19 KDX 浜松町ビル 6 階

申込み締切り：平成29年8月25日(金)必着

E-mail : school@aigo.or.jp