



第6回スーパービジョン教育の理論と方法研修講座 参加申込書

一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟

FAX:03-5495-9332

送信日: 月 日

ふりがな	振 込 日	月 日
御氏名		
受講票送付先 (自宅・勤務先) 〒 —		
電話	FAX	
E-mail		
勤務先名称	職 名	
所属団体 (いずれか1つの番号に○をつけてください) ※2の場合、該当団体に○をしてください		
1 日本社会福祉教育学校連盟 正会員所属校		
2 学校連盟以外のソーシャルケアサービス従事者研究協議会加盟団体 会員 ※順不同 (日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会、日本医療社会福祉協会、日本ソーシャルワーカー協会、 日本社会福祉士養成校協会、日本精神保健福祉士養成校協会、日本介護福祉士養成施設協会、全国社会 福祉施設経営者協議会、日本社会福祉学会、日本地域福祉学会、日本介護福祉学会、日本介護福祉士会、 日本ソーシャルワーク学会、日本福祉教育・ボランティア学習学会、日本医療社会福祉学会、社会福祉研究 所、介護支援専門員協会)		
3 大学院生		
4 その他()		
振込金額 (お振込み金額に○をつけてください) 参加費【 7,000 円 ・ 8,000 円 ・ 10,000 円】 高大連携教育交流懇談会費【3,000 円】		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">振込領収書添付欄</div>		