

佐賀県社会福祉士会研修担

令和8年度成年後見人材育成研修
受講申込書

下記の通り申し込みます。

(ふりがな) 申込者氏名	生年月日：S・H 年 月 日生 ※修了証に記載します。 ご記入お願い致します。		
連絡先住所	〒 -		
連絡先電話番号			
連絡先 メールアドレス	※本研修会ではメールでの連絡を行う為必ずご記入ください		
受講要件の確認 ※□に■（チェック）を 入れてください。 ※要件の全てを満たす必 要があります。	☐	佐賀県会員番号	
	☐	日本社会福祉士会番号	
	☐	社会福祉士登録番号	
	☐	カリキュラムの全課程を出席できる	
	☐	名簿登録研修に出席できる	
	☐	研修修了後、佐賀県成年後見センターばあとなあに名簿登録し、受 任できる	
その他			

※ 受講に関して特に配慮が必要な場合は「その他」に具体的な内容を記入して下さい。

※ 会場のみの実施です。オンラインはありません。

【申込方法】 必要事項をご記入のうえ、佐賀県社会福祉士会事務局までFAXまたは郵送にてお申し込
みください。【申込先】 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号
TEL：0952-20-0012 FAX：0952-36-6263【申込期間】 令和8年 5月20日（水）必着
※締切後に申込みを希望される場合はご相談ください。

