

平成27年度 社会福祉士相談援助実習申込書

学 校 名					
学 部					
学 科 名					
コ ー ス 名					
学 年	(平成 年度4月現在)				
実 習 希 望 者 名		年 齢		性 別	男・女
学 校 住 所					
実 習 ご 担 当 者 名 (部 署 名)					
T E L / F A X					
メ ー ル ア ド レ ス					
備 考 (実習に対するご要望等)					

※この申請書に記入された個人情報は、当会が定める個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）に従い、目的の範囲外で使用されることはありません。

■問い合わせ・申込み先

社会福祉法人 沖縄市社会福祉協議会 総務課（実習受付担当：兼本 真希子）
 〒904-0003 沖縄市住吉1-14-29 沖縄市社会福祉センター内
 TEL：098-937-3385

※お申込みは、郵送にてお願い致します。メールでの受付は行っておりません。

※平成27年5月31日必着