

## (社)大阪社会福祉士会相談センター相談員登録用紙

申込 年 月 日

ご登録いただきました個人情報につきましては、本会の相談センターの登録員管理業務の目的のみに使用させていただきます。ご了承ください。

ふりがな		生年月日		性別	
氏名		19 年 月 日		男 女	
		会員番号		所属支部	
希望連絡先にマルを ⇓ 自宅 or 勤務先	自宅住所 〒 -				
	TEL: 携帯:		FAX: E-mail(PC)		
勤務先名称 職種 所在地 〒 -					
		TEL: E-mail(PC)		FAX:	
相談センターオリエンテーション受講状況 未 ・ 済 ( 年 月 日)					
登録相談員全員が、火・木・土曜日(午後2時～5時)の専門相談に当番制で活動いただきます。専門相談以外で下記の部門の登録希望があれば該当番号に をお願いします。					
アウトリーチ相談・・・1.ホームレス相談 2.ハンセン病回復者相談					
3. 成年後見相談 (但し成年後見相談班の活動は社会福祉士会主催の養成研修を受講修了の方に限ります) 4. 児童・家庭相談 (第 期受講済み)					
取得資格または現在の職種について該当するものを で囲んでください 1. 介護福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 保育士 4. 介護支援専門員 5. 看護師 6. その他( )					
最終学歴					
年 月 (西暦)			職歴		
年 月 日			(勤務先名称) (職種)		
~ 年 月 日			(業務内容)		
年 月 日			(勤務先名称) (職種)		
~ 年 月 日			(業務内容)		
年 月 日			(勤務先名称) (職種)		
~ 年 月 日			(業務内容)		
応募動機					
事務局受付日			相談センター運営会議承認日		