（別紙）

山口県地域生活定着支援センター事務局宛（FAX:083-922-1295）

**令和元年四会合同研修（第１回）参加申込書**

令和元年度四会合同研修（第１回）に参加します。  
（懇親会の出欠について→　　□　参加する　　□　参加しない　）

＊懇親会の場所・費用等については，決まり次第参加者へお知らせいたします。

令和　　年　　月　　日

**氏　名（必須）**

**連絡先（電話番号）**

**所属・事業所名（必須）**

※該当するものにチェック及び〇をつけて下さい。

□　四会会員（弁護士会・社会福祉士会・精神保健福祉士協会・社会福祉協議会　）

□　四会会員以外

**職種・役職（必須）**

◆弁護士会の福祉専門職名簿への登載について（任意）

（１）希望の有無

　　（　　希望する　　　・　　　希望しない　　）

（２）連絡先（日中連絡が付きやすい電話番号をご記入ください）

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※福祉専門職名簿とは，高齢者・障害者の刑事事件において弁護士と連携する場合に，弁護士会の費用助成事業の利用が可能になる福祉専門職の名簿です。名簿への登載は登載希望があることを前提として，研修の受講や実務経験等を踏まえて弁護士会において判断しています。（詳細については，山口県弁護士会事務局TEL０８３－９２２－００８７（担当：渡辺）までお問い合わせください。）

ご提供いただいた個人情報は，福祉専門職名簿の作成等，弁護士会による費用助成事業の実施のために必要な限度でのみ利用させていただきます。

※本研修では，参加者相互の連携の便宜及びグループワークを実施することから，申込書に記載された所属，職種及び氏名を基に参加者名簿を作成し，配布いたしますので，申し込みに当たっては予めご了承ください。ご提供いただいた個人情報は，四会合同研修の実施に必要な限度でのみ利用させていただきます。