**「WEBオープンキャンパス・個別相談会」参加申込書**

**以下にご記入いただき、メール（sw-info@ac.jp）に添付して送信してくださいますようお願いいたしたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご希望の日時を第３希望までお書きください | | |
|  | 希望日時① |  |
| 希望日時② |  |
| 希望日時③ |  |
| お名前 | |  |
| フリガナ | |  |
| ご住所 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 連絡のつきやすい電話番号 | |  |
| 現在のご職業 | |  |
| 最終学歴 | |  |
| 相談援助実務経験の有無（※1） | |  |
| 福祉系資格の有無（※2） | |  |

　※１：有の場合、差し支えなければ職種をお書きくだされば幸いです。

　※２：有の場合、差し支えなければ資格名をお書きくだされば幸いです。

**日時確定次第、ご記載のメールアドレスに開催日時とZOOM参加用URLを送信いたします。**

**恐れ入りますが、申し込みから4営業日経過しても返信がない場合は当課程までお電話ください。**