**申込受付期間：６月１７日（月）～８月１３日（火）**

**ＦＡＸ：０８６-２０１-５３４０　　岡山県社会福祉士会行き**

**201９年度社会福祉士実習指導者講習会（岡山会場）受講申込書**

※記入間違いの無いよう、右欄に楷書ではっきりとご記入ください。１から３は修了証にそのとおり記載されます。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）１．申込者氏名　（性別） | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| ２．生年月日 | 昭和　　　　年（西暦19　　　　年）　　　　月　　　　日生　 |
| ３．自宅住所 | (〒　　　　　－　　　　　　)　 　　　　　　　　　都・道・府・県 |
| ３－２．携帯電話等、連絡の取れる電話 | 　　　　（　　　　　　） |
| ４．勤務先名称（施設・機関名）・住所等 | 施設・機関名 |
| (〒　　　　　－　　　　　　　)　　　　　　　　　　都・道・府・県電話 　　　(　　　　)　　　　　　FAX 　　　(　　　　)　　　　 |
| ５．受講決定通知送付先 | □自宅　　　　　　□勤務先 |
| ６．専門（所属）分野 | □高齢者　　□障害者　　□児童　　□低所得者　　□その他 |
| ７．職場 | □施設福祉　　□在宅福祉　　□医療機関　　□行政機関　　□その他 |
| ８．相談援助経験年数 | 社会福祉士資格取得後　　　　　年 |
| ９．社会福祉士の実習指導との関わり（注1） | □ 実習指導経験があり今後も指導する予定（経験年数　　　　年）□ 実習指導未経験で今後実習指導する予定□ 未定 |
| 10．会員／非会員（○で囲んでください） | 会員　　・　　非会員　　・　　入会申込中 |
| 11．会員番号・所属都道府県士会（会員の場合） | 会員番号：　　　　　　　　　所属都道府県士会： |
| 12．社会福祉士資格取得年と登録番号※非会員の方は**社会福祉士登録証ｺﾋﾟｰ**を添付 | 取得年　　　　　　　年　　　登録番号　第　　　　　 　号 |
| 13．名簿掲載について※※当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布します。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」は掲載しますので、あらかじめご了承ください。名簿掲載不可の方はチェックしてください（極力ご協力ください）。　　　□ 掲載不可 |
| 14. 実習指導者講習会を修了した実習指導者の在籍する**施設・機関の名称と住所を社会福祉士養成校へ公表します**（修了者個人名は公表されません）。公表不可の場合は□にチェックしてください（極力ご協力ください）。　□ 公表不可 |
| 15．キャンセル待ちを希望する方はチェックしてください。 | □ キャンセル待ちします |
| 16．受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な具体的内容をご記入ください。 |  |

（注１）下記に所属長からの証明をもらってください。　※所属長証明は必須ではありません。任意です。

【所属長記入欄】上記の者は、（①実習指導経験があり今後も実習指導する予定・②実習指導未経験で今後実習指導する予定）であることを証明します。

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　役職　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　公印

* お預かりした個人情報は、本会と日本社会福祉士会において共有し、社会福祉士実習指導者講習会の運営と実習指導者フォローアップ研修等の案内等に活用しますので、あらかじめご了承ください。その他の目的には使用いたしません。
* 照会先：岡山県社会福祉士会　（TEL.086-201-5253　　FAX.086-201-5340　　Eメールoffice@csw-okayama.org）