

FAX : ( 0 8 9 ) 9 4 8 - 8 0 3 2

申込受付期間 : 7月8日(月) ~ 8月5日(月)

愛媛県社会福祉士会 行き

2019 年度社会福祉士実習指導者講習会受講申込書

※記入間違いの無いよう、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。

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	施設・機関名 _____ (〒 _____ ) _____ 都・道・府・県 電話 ( _____ ) FAX ( _____ )
5. 受講決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
6. 専門分野	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他
7. 職場	<input type="checkbox"/> 施設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 実習指導経験があり今後指導する予定 (経験年数 _____ 年) <input type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未定
10. 県士会会員/会員以外 (○で囲んでください)	_____ 会員 ・ 会員以外 ・ 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のビ-を添付下さい。	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。 <input type="checkbox"/> 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。公表不可の場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 公表不可	
15. キャンセル待ちする方はチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 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、配慮が必要な内容を具体的にご記入ください。	

(注) 下記に所属長からの証明をもらってください。

【所属長記入欄】上記の者は(実習指導経験があり今後も実習指導する予定・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、都道府県社会福祉士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のためのフォローアップ事業等の案内に活用しますのであらかじめご了承ください。