

申込受付期間：6月1日（水）～6月24日（金）

FAX：(089) 948-8032 メール：eacsw@mbr.nifty.com 愛媛県社会福祉士会 行き

2022 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 (ふりがな)	氏名 (ふりがな)
2. 生年月日	昭和 平成 年（西暦 年） 月 日生
3. 自宅住所	(〒 -) 都・道・府・県
4. 連絡先、メールアドレス (オンライン（Zoom）開催の場合に活用するため、 メールアドレスもご記入ください)	連絡先： メールアドレス：
5. 勤務先名称（施設・機関名）・住所	施設・機関名： (〒 -) 都・道・府・県 電話 () FAX ()
6. 受講決定通知送付先	☐ 自宅 ☐ 勤務先
7. 専門分野	☐ 高齢者 ☐ 障害者 ☐ 児童 ☐ 低所得者 ☐ その他
8. 職場	☐ 施設福祉 ☐ 在宅福祉 ☐ 医療機関 ☐ 行政機関 ☐ その他
9. 相談援助経験年数	社会福祉士資格取得後 年
10. 社会福祉士の実習指導との関わり	☐ 実習指導経験があり今後指導する予定（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
11. 県士会会員／会員以外（○で囲んでください）	県士会会員 ・ 会員以外 ・ 入会申込中
12. 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：
13. 社会福祉士資格取得年と登録番号 ※会員以外の方は、 社会福祉士登録証のコピーを添付して下さい。	取得年 年 登録番号 第 号
14. 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。 ☐ 掲載不可	
15. 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 ☐ にチェックしてください。 ☐ 公表不可	
16. キャンセル待ちする方はチェックしてください。	☐ キャンセル待ちを希望します
17. 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。	

※ お預かりした個人情報、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。

※ 実習指導を行う勤務先等の承認を得てご参加ください。