

申込受付期間：7月23日（月）～8月10日（金）

FAX：096-285-7762

熊本県社会福祉士会行き

2018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・平成 _____ 年(西暦19____年) _____ 月 _____ 日生
3. 自宅住所	(〒 _____) _____ 都・道・府・県
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)	_____ 県士会会員 ・ 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 ※会員以外の方は社会福祉士登録証のコピーを添付下さい。	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1) 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、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。