一般社団法人　熊本県社会福祉士会　事務局行　　　　　　**ＦＡＸ ： ０９６－２８５－７７６２**

**審査会委員推薦希望登録票**

 以下のとおり希望します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 会員番号 |  |
| （生年月日 S ・ H　　　年　　月　　日） |
| 希望する審査会□介護認定審査会　　　　　□介護給付費等の支給に関する審査会 |
| 連絡先（日中連絡の取れるほうにをつけ、以下にご記入ください）□　自宅　　　　□　職場 　勤務先名：　　　　　　 　　　ＴＥＬ：（　　　　　　　　　　　　　　）　ＦＡＸ：（　　　　　　　　　　　　　　）　　携　帯：（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 《経歴・資格》①介護認定審査会委員等の経験　有　・　無　（どちらかに○）＊「有」の方は以下にお答えください経験年数：　　　 　年　　これまで担当した区市町村等名：　　　　　　　　　　　　　　②介護支援専門員の資格　　　有　・　無　（どちらかに○）＊「有」の方は以下にお答えください　資格取得日：平成　　年　　月　　日　　　有効期間満了日：平成　　年　　月　　日③サービス管理責任者研修の修了　済　・　未（どちらかに○）＊「有」の方は以下にお答えください　修了日：平成　　年　　月　　日④相談支援従事者研修の修了　　　済　・　未（どちらかに○）＊「有」の方は以下にお答えください修了日：平成　　年　　月　　日⑤職　歴（福祉職種およびその従事年数）　高齢者分野　　 有　・　無　（どちらかに○）　　　　　　　 　　　　（　　　年）　保健医療分野 有　・　無　（どちらかに○）　　　　　　　　　　　 　　（　　　年）　その他の分野 有　・　無　（どちらかに○）　　　　　　　　　　　 　　（　　　年）⑥応募動機⑦本会の委員会における活動状況⑧本会研修（基礎研修等）受講状況 |