会員各位

一般社団法人　熊本県社会福祉士会

会長　深谷　誠了

熊本市介護認定審査会及び障害給付審査会委員の推薦希望者の登録について

平素は会の運営にご協力とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

　本会では、熊本市より推薦依頼を受け、介護認定審査会及び障害給付審査会の委員（以下、委員）候補者を推薦し、会員が委員として活動していますが、任期は令和3年3月末までとなっております。

　つきましては、令和3年4月以降の委員について、熊本市から本会に委員の推薦依頼がございました。このため、委員推薦希望者の事前登録を受け付けることになりました。

　なお、推薦にあたっての応募要件等については次の通りです。

　　①本会定款第５条第１項に規定する正会員であること。

②本会定款第７条に規定する入会金及び年会費が未納でないこと。

③社会福祉士の倫理綱領を遵守すること。

　応募の際の留意点

①定数がある為、希望者全員が必ず推薦されるとは限られません。

②現任委員であって、継続を希望した場合であっても、必ずあらためて応募が必要です。

③同一地方公共団体等で各種委員を兼務することは基本的にできません。

④委員会等の会議が平日の昼間に行われる場合もあることから、応募にあたっては勤務先等の所属長より事前に承認を得てください。

⑤委員候補者に推薦されても、委員は委員推薦依頼者側が任命することとなります。

　委員の推薦を希望される方は別紙「審査会委員推薦希望登録票」に必要事項を記載の上、FAXにてお申込みいただきますようお願い申し上げます。

　なお、「一般社団法人　熊本県社会福祉士会　地方公共団体等の依頼による委員等推薦規則」に基づき、理事の合議にて推薦者を決定たします。

提出締切　**2020年12月4日（金）事務局必着**

問い合わせ先　一般社団法人熊本県社会福祉士会　事務局

　　　　　　　〒862-0910　　熊本市東区健軍本町1-22　東部ハイツ105

　　　　　　　TEL : 096-285-7761　 FAX : 096-285-7762　 E-mail : kumacsw@lime.plala.or.jp

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　　　　　□障害支援区分認定審査会 | | | |
| 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 名称：  　　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：　　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：　　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 | | | |