**e-mail：kumacsw@lime.plala.or.jp**

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

 **審査会委員希望登録票**

 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○）③サービス管理責任者研修の修了　　済　・　未（どちらかに○）④相談支援従事者研修の修了　　　　済　・　未（どちらかに○）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 |