

申込受付期間： 7月 9日（月）～ 8月 24日（金）必着

FAX：052-202-3006

一般社団法人愛知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 | S・H 年(西暦) 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。