

2020年度社会福祉士実習指導者講習会受講申込書

演習のご希望日に○をつけて下さい

演習については参加人数により、20日と28日（予備日）の2グループに分けて開催する場合があります。

3月20日（土）	
3月20日（土）・28日（予備日）（日）どちらでも可	

※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。

（ふりがな） 1. 申込者氏名	（ふりがな） 氏名
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. メールアドレス	
6. 受講決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
7. 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
8. 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
9. 相談援助経験年数	社会福祉士資格取得後 年
10. 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
11. 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
12. 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： _____
13. 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
14. 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	
15. 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	
16. 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
17. 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。