

申込受付期間：6月28日（金）～7月28日（日）  
 FAX：077-561-3835 滋賀県社会福祉士会 行き

## 2019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。

|  |   |
|--|---|
| (ふりがな)<br><b>1. 申込者氏名 (性別)</b>   | (ふりがな) )<br><b>氏名 (男・女)</b>   |
| <b>2. 生年月日</b>   | (昭和・平成) 年 月 日生  |
| <b>3. 自宅住所</b>   | (〒 - ) 都・道・府・県  |
| <b>4. 勤務先名称 (施設・機関名)・住所</b>  | 施設・機関名<br>(〒 - ) 都・道・府・県<br>電話 ( ) FAX ( )  |
| <b>5. 受講決定通知送付先</b>  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先  |
| <b>6. 専門分野</b>   | <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"/> それ以外 |
| <b>7. 職場</b>   | <input type="checkbox"/> 施設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> それ以外 |
| <b>8. 相談援助経験年数</b>   | 社会福祉士資格取得後 年  |
| <b>9. 社会福祉士の実習指導との関わり (注1)</b>   | <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)<br><input type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定<br><input type="checkbox"/> 未定                 |
| <b>10. 会員/非会員 (○で囲んでください)</b>  | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会申込中   |
| <b>11. 会員番号・所属都道府県士会 (会員の場合)</b>   | 会員番号： 所属都道府県士会：   |
| <b>12. 社会福祉士資格取得年と登録番号</b><br>※非会員の方は社会福祉士登録証のコピーを添付して下さい。   | 取得年 年 登録番号 第 号  |
| <b>13. 名簿掲載について</b><br>※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 |   |
| <b>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。</b><br>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  |   |
| <b>15. キャンセル待ちする方はチェックしてください。</b>  | <input type="checkbox"/> キャンセル待ちします   |
| <b>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。</b>   |   |

(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。