申込受付期間：6**月3日（月）～6月21日（金）**

FAX：077-561-3835　滋賀県社会福祉士会行き

**2024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）****１．申込者氏名** | **（ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****氏名** |
| **２．生年月日** | **昭和　　　　年（西暦　　　　　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．受講決定通知送付先 | □自宅　　　　　　□勤務先 |
| ６．専門分野 | □高齢者　□障害者　□児童　□低所得者　□その他 |
| ７．職場 | □施設福祉　□在宅福祉　□医療機関　□行政機関　□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 | □ 実習指導経験があり今後指導する予定（経験年数　　　　年）□ 実習指導未経験で今後実習指導する予定□ 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ﾋﾟｰ**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。　　□ 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□にチェックしてください。　□ 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。 | □ キャンセル待ちを希望します |
| 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。 |  |

* お預かりした個人情報は、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。
* 実習指導を行う勤務先等の承認を得てご参加ください。