

申込受付期間：6月24日（月）～7月5日（金）

FAX：077-561-3835 滋賀県社会福祉士会行き

### 実習指導者フォローアップ研修受講申込書

1. 申込者氏名 (ふりがな)	(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	<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	<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. 実習指導者講習会修了証番号	受講番号： _____ 受講都道府県名： _____
11. 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、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。