申込受付期間：6**月１６日（月）～６月２７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**

|  |  |
| --- | --- |
| **（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　　　　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．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。