

2016(平成28)年度 社会福祉施設長資格認定講習課程 受講申込書

記入日 年 月 日

*公印のない場合申込は
受付いたしません

中央福祉学院長 様 下記の者に標記課程を受講させたく申し込みます。

法人名 法人代表者役職名
 法人代表者氏名



↓ * の項目は必須記入です。必須項目に記入もれのある場合、申し込みは無効となります。

1 * 受講希望者氏名(カナ) 姓 名
 2 * 受講希望者氏名(漢字) 姓 名
 3 * 生年月日 年 月 日 西暦で記入
 4 * 性別 1...男 2...女
 5 * 自宅住所 〒 -
都・道 府・県
 6 * 自宅電話番号 - -
 7 自宅FAX番号 - -
 8 * 携帯電話番号 - - (固定電話がない場合は携帯電話番号のみ記入)
 9 個人メールアドレス @
 10 * 勤務先経営区分 1...民立民営 2...公立民営
 11 * 勤務先法人名 法人区分 (別表2参照) 法人名
 12 * 勤務先名
 13 勤務先部署名
 14 * 勤務先種別 別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()
社会福祉事業(社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業)の届出をしている施設・事業所、あるいは介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所をご記入ください。
 15 * 受講希望者職種 別表4をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()
 16 * 勤務形態 1...常勤 2...非常勤
 17 * 勤務先住所 〒 -
都・道 府・県
 18 * 勤務先電話番号 - - 内線
 19 * 勤務先FAX番号 - -
 20 * 教材の希望送付先 1...自宅 2...勤務先 (未記入の場合は勤務先にお送りします)
 21 * 経験年数(2016年4月1日現在) 現職経験年数 年 ヵ月 福祉関係通算経験年数 年 ヵ月
 22 * 施設長就任(予定)年月 年 月 西暦で記入 ※記入のない場合、就任予定がないものとみなし、受講対象から除外されます
 ↓ 勤務先名(項目12)と施設長就任予定先が異なる場合は、項目23・24・25を必ずご記入ください。
 23 施設長就任(予定)先種別 別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()
 24 施設長就任予定先法人名 法人区分 (別表2参照) 法人名
 25 施設長就任予定先施設名
 26 最終学歴 1...大学院修了 2...4年制大学卒業 3...3年制短大卒業 4...2年制短大卒業 ()
 5...専門学校卒業 6...高校卒業 7...中学卒業 8...その他⇒⇒⇒
 27 取得済資格等 別表5をご覧ください、すでに取得した資格の数字をお書きください。
 28 * 研修案内等の送付 上記住所に全国社会福祉協議会からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、希望されない場合は「2」をご記入ください。(未記入の場合は「1」とさせていただきます)
 29 * 手話通訳等の手配 スクーリングで手話通訳の手配が必要な方は必ずチェックしてください。
 30 その他特記事項 「車椅子を使用する」など、スクーリング参加時に必要な事項について下記にご記入ください。ただし、スクーリング回数の指定はできません。

中央福祉学院記入欄

取りまとめ自治体 受付番号 -

- ・申込書の提出先は、各都道府県・指定都市・中核市社会福祉研修主管部(局)です。
- ・面接授業の際、県名・氏名・勤務先名・職種・勤務先種別を記載した名簿を配布いたします。

社会福祉事業に関する職歴

勤務開始		勤務終了		勤務先名称・役職名	職務(活動)内容	備考
年(西暦)	月	年(西暦)	月			

※勤務先名称を記入する際、「無認可」の施設等に勤務されていた(いる)場合は、勤務先名称の後に「無認可」とご記入ください。

社会福祉事業以外の職歴

勤務開始		勤務終了		勤務先名称・役職名	職務(活動)内容	備考
年(西暦)	月	年(西暦)	月			

資格の取得状況(表面に記載の資格についてのみで結構です)

取得資格名	資格取得日(西暦)	取得機関名(通学・通信)	備考