

申込受付期間：7月22日（月）～9月20日（金）

FAX：0744-48-0723

奈良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。

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・職種	法人名 施設・事業所名 住所 (〒 -) 施設・事業所の種別 <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"/> 左記以外 職場種類 <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"/> 左記以外
5. 連絡先 (受講決定通知先) 電話・FAX・E-MAIL (昼間連絡がとれるところでお願いします)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (いずれかにチェック) 電話 FAX E-MAIL
6. 相談援助経験年数	社会福祉士資格取得後 年
7. 社会福祉士の実習指導との関わり	<input type="checkbox"/> 今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未定
8. 会員/非会員 (○で囲んでください)	会員 ・ 非会員 ・ 入会申込中
9. 会員番号・所属府県士会 (会員の場合)	会員番号： 所属府県社会福祉士会：
10. 社会福祉士登録番号 ※非会員の方は 社会福祉士登録証のコピー も添付して下さい。	取得年 年 登録番号 第 号
11. 受講者多数のために受講できない場合のキャンセル待ちについて	する ・ しない
12. 名簿掲載の可否	可 ・ 不可
※ 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、研修受講者に配布する予定です。名簿への掲載を希望されない方は、チェックしてください。(不可の場合でも氏名は掲載されます)	
13. 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 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 公表不可	
14. 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。	(要約筆記・車いす対応など)
15. 所属長もしくは公印 ※ <u>申込者多数の場合は印のあるものを優先させていただきます</u> (三文判不可)	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 所属長 (役職名) 氏名 <input type="checkbox"/> 公印

※お預かりした個人情報、本講習会運営目的の他、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。