

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 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
2	* 受講希望者氏名(漢字)	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
3	* 生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	西暦で記入
4	* 性別	<input type="checkbox"/> 1…男 <input type="checkbox"/> 2…女	
5	* 自宅住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>都・道 府・県</small> <input type="text"/>	
6	* 自宅電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
7	自宅FAX番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
8	* 携帯電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (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	<input type="text"/> @ <input type="text"/>	
10	* 勤務先経営区分	<input type="checkbox"/> 1…民立民営 <input type="checkbox"/> 2…公立民営	
11	* 勤務先法人名	<small>法人区分 (別表2参照)</small> <input type="text"/> 法人名 <input type="text"/>	
12	* 勤務先名	<input type="text"/>	
13	勤務先部署名	<input type="text"/>	
14	* 勤務先種別	<input type="text"/> 別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ () <small>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。</small>	
15	* 受講希望者職種	<input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> 1…常勤 <input type="checkbox"/> 2…非常勤	
17	* 勤務先住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>都・道 府・県</small> <input type="text"/>	
18	* 勤務先電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 内線 <input type="text"/>	
19	* 勤務先FAX番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
20	* 教材の希望送付先	<input type="checkbox"/> 1…自宅 <input type="checkbox"/> 2…勤務先 (未記入の場合は勤務先にお送りします)	
21	* 経過年数(2016年4月1日現在)	現職経過年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月 福祉関係通算経過年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月	
22	* 施設長就任(予定)年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 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	<input type="text"/> 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	<small>法人区分 (別表2参照)</small> <input type="text"/> 法人名 <input type="text"/>	
25	施設長就任予定先施設名	<input type="text"/>	
26	最終学歴	<input type="checkbox"/> 1…大学院修了 <input type="checkbox"/> 2…4年制大学卒業 <input type="checkbox"/> 3…3年制短大卒業 <input type="checkbox"/> 4…2年制短大卒業 <input type="checkbox"/> 5…専門学校卒業 <input type="checkbox"/> 6…高校卒業 <input type="checkbox"/> 7…中学卒業 <input type="checkbox"/> 8…その他⇒⇒⇒⇒ ()	
27	取得済資格等	<input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/> 「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