

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修【障害者支援研修】受講申込書 入力例

「※」以外は、すべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。

1. 受講希望者

				入力日 (西暦)	2026		年		月		日
ふりがな	(姓)				(名)				年齢 (年代を選択) (4/1現在)		
氏名											
職種	(例：介護職員、生活支援員)				※ 役職名	(例：管理者、課長、主任)					
介護・支援 業務経験年数 (4/1現在)			年	ヵ月	現在の施設での経験年数 (4/1現在)			年			ヵ月
※ 保有する資格 (該当する資格に「○」)		介護福祉士			社会福祉士			精神保健福祉士			
		介護支援専門員									
応募に関する 設問 (受講希望者 本人が入力 ください)	(1) 参加目的及び獲得目標を具体的にご入力ください。(100字～200字程度にまとめてください。)										
	(2) 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容(現在未実施の場合は、今後予定している活動内容)を入力してください。										

【はじめに】

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には**都道府県等の推薦を受ける必要があります**。都道府県等が指定する期限までに必要事項をすべて入力し、推薦の依頼をしてください。
(推薦依頼先:〇〇県 障害福祉課 等…)
- 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当まで(03-3486-7511)ご連絡ください。

(受講希望者欄について)

- ・ 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき入力してください。
- ・ 役職名は役職がない場合、入力は不要です。
- ・ 経験年数は「令和8年4月1日」を基準としてください。
- ・ 保有する資格がある場合は、プルダウンから「○」を選択してください。
- ・ 参加目的及び獲得目標は、100字～200字程度にまとめて入力してください。
- ・ 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容は、活動の目的及び具体的な活動内容を入力してください。
ご都合により現在活動を行っていない場合、以前の活動内容または今後予定して

2. 受講希望者の所属施設・事業所等

ふりがな				記入例：しゃかいふくしほうじん〇〇かい
法人名 (法人格も入力してください。)				記入例：社会福祉法人〇〇会
ふりがな				記入例：とくべつようごろうじんほ一む□□えん
施設・事業所の種類及び施設・事業所名				記入例：障害者支援施設□□苑
郵便番号	〒			
ふりがな				
所在地				
施設・事業所 担当者連絡先	ふりがな		電話番号	
	氏名		メールアドレス	
上記1の受講希望者の受講申込を了承します。		所属長氏名：		所属長役職：
(注)この申込書に記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。				

(受講希望者の所属施設・事業所等欄について)

- ・ 法人名は、**法人格及び法人名**を入力してください。
- ・ 施設・事業所の種類及び施設・事業所名は、「障害者支援施設□□苑」のように**施設・事業所の種類名と個別の名称の両方を入力**してください。
- ・ 本研修に関する連絡窓口となっていただく施設・事業所のご担当者名・電話番号・メールアドレスを入力してください。
- ・ 電話番号とメールアドレスは両方とも入力してください。
※ 書類等に関する照会をさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきますので、ご協力よろしく
お願いします。
- ・ 本研修は、4日間の研修となりますので、必ず所属長の方の了承を得たうえで申し込ん

(試験センター入力欄)				優先順位			
推薦団体		推薦団体No.		確認欄		受講者No.	