**２０２４年度　社会福祉士実習指導者講習会　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 | 西暦　　　　年（昭和・平成　　　　　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　□高齢者　□障害者　□児童　□低所得者　□左記以外職場種類　　　　□施設福祉　□在宅福祉　□医療機関　□行政機関　□左記以外 |
| ５．受講決定通知送付先 | □　自宅　　　□　勤務先　（ いずれかにチェック）  |
| 連絡先　電話・ＦＡＸ・Ｅ-ＭＡＩＬ（**昼間に連絡がとれる番号を記載ください**） | 電話　　　　　　　　　　FAXE-MAIL |
| ６．社会福祉士取得後の相談援助経験年数 | 年 |
| ７．社会福祉士の実習指導との関わり | □　今後実習指導する予定　　　□　未定 |
| ８．会員　／　非会員（いずれかに○） | 会員　　・　　非会員　　・　　入会申込中 |
| ９．会員番号・所属府県士会 | 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**を添付） | 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 | 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のため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成、研修受講者に当日配布する予定です。ただし、不可の場合は、氏名のみ掲載されます。** |
| 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□にチェックしてください。**　□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**※　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　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 |

* お預かりした個人情報は、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予めご了承ください。