

申込受付期間： 9月25日(火)～10月22日(月)  
 FAX：0852-28-8181 島根県社会福祉士会行き

## 2018年度社会福祉士実習指導者講習会（島根会場）受講申込書

※記入間違いの無いよう、右欄に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に記載されます。

(ふりがな) 1. 申込者氏名 (性別)	(ふりがな ) 氏名 (男・女)
2. 生年月日	昭和 年(西暦19 年) 月 日生
3. 自宅住所・電話番号	(〒 - ) 都・道・府・県
3-2. 携帯電話等、連絡の取れる電話	( )
3-3. メールアドレス(緊急時等の連絡のため)	
4. 勤務先名称(施設・機関名)・住所等	施設・機関名 (〒 - ) 都・道・府・県 電話 ( ) FAX ( )
5. 受講決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
6. 専門分野	<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"/> その他
7. 職場	<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"/> その他
8. 相談援助経験年数	社会福祉士資格取得後 年
9. 社会福祉士の実習指導との関わり (注1)	<input type="checkbox"/> 実習指導経験があり今後指導する予定(経験年数 年) <input type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未定
10. 会員/非会員(○で囲んでください)	会員 ・ 非会員 ・ 入会申込中
11. 会員番号・所属都道府県士会(会員の場合)	会員番号： 所属都道府県士会：
12. 社会福祉士資格取得年と登録番号 ※非会員の方は社会福祉士登録証コピーを添付。	取得年 年 登録番号 第 号
13. 名簿掲載について ※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、研修受講者に配布します。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」は掲載しますので、あらかじめご了承ください。名簿掲載不可の方はチェックしてください(極力ご協力ください)。 <input type="checkbox"/> 掲載不可	
14. 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(修了者個人名は公表されません)。公表不可の場合は□にチェックしてください(極力ご協力ください)。 <input type="checkbox"/> 公表不可	
15. キャンセル待ちする方はチェックしてください。	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちします
16. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な具体的内容をご記入ください。	
17. 領収書発行について	<input type="checkbox"/> 公費で参加 <input type="checkbox"/> 自費で参加
18. 昼食申し込み	<input type="checkbox"/> 申し込みする <input type="checkbox"/> 申し込みしない

(注1) 下記に所属長からの証明をもらってください。 ※所属長証明は必須ではありません。

【所属長記入欄】上記の者は、①実習指導経験があり今後も実習指導する予定・②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 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 公印

※ お預かりした個人情報、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。

※ 照会先：島根県社会福祉士会 (TEL・FAX.0852-28-8181 Eメール smnjacsw@apricot.ocn.ne.jp)