

申込受付期間：11月1日（土）～11月30（日）
FAX： 高知県社会福祉士会行き（088-855-3612）



2025 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。

(ふりがな) 1. 申込者氏名	(ふりがな) 氏名
2. 生年月日	昭和 年 (西暦 年) 月 日生
3. 自宅住所	(〒 -) 都・道・府・県
4. 勤務先名称 (施設・機関名)・住所	施設・機関名 (〒 -) 都・道・府・県 電話 () FAX ()
5. 受講決定通知送付先	☐ 自宅 ☐ 勤務先
6. 専門分野	☐ 高齢者 ☐ 障害者 ☐ 児童 ☐ 低所得者 ☐ その他
7. 職場	☐ 施設福祉 ☐ 在宅福祉 ☐ 医療機関 ☐ 行政機関 ☐ 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	☐ 実習指導経験があり今後指導する予定 (経験年数 年) ☐ 実習指導未経験で今後実習指導する予定 ☐ 未定
10. 県士会会員／会員以外 (○で囲んでください)	県士会会員 ・ 会員以外 ・ 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 ※会員以外の方は社会福祉士登録証のコピーを添付下さい。	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。 ☐ 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。 公表不可の場合は ☐ にチェックしてください。 ☐ 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。	☐ キャンセル待ちを希望します
16. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な内容を具体的にご記入ください。	

※ 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。
※ 実習指導を行う勤務先等の承認を得てご参加ください。