**２０２５年度　社会福祉士実習指導者講習会　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　１．申込者氏名　　（性別） | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| 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　（〒　　　　－　　　　　）TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：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．相談援助経験年数（取得後） | 　　　　　年 |
| ７．実習指導との関わり | □　経験ありでする予定　　　□経験なしでする予定　　　□未定　　 |
| ８．実習指導経験年数　 | □　　　　　　年　　　　　　□なし　　 |
| ９．会員／非会員（○で囲んでください） | 会員　　・　　非会員　　・　　入会申込中 |
| 10．会員番号・所属府県士会（会員の場合） | 会員番号：　　　　　　　　　　所属府県社会福祉士会： |
| 11．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**も添付して下さい。 | 取得年　　　　　　　年　　　登録番号　第　　　　　　　　　　　号 |
| 12．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について | する　　　　・　　　　しない |
| 13．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」を作成予定です。ただし、不可の場合は、氏名のみ掲載されます。** |
| 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．配慮記入欄 | （要約筆記,車いす対応など） |
| 16．所属長許可公印欄 ※ 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あらかじめご了承ください。