

# 2017(平成29)年度 社会福祉施設長資格認定講習課程 受講申込書

中央福祉学院長 様

下記の者に標記課程を受講させたく申し込みます。

記入日 年 月 日

\*公印のない場合申込は  
受付いたしません

法人名

法人代表者役職名

法人代表者氏名

公印

↓ \* の項目は必須記入です。必須項目に記入もれのある場合、申し込みは無効となります。

1 \* 受講希望者氏名(カナ) 姓  名

2 \* 受講希望者氏名(漢字) 姓  名

3 \* 生年月日  年  月  日 西暦で記入

4 \* 性別  1…男 2…女

5 \* 自宅住所 〒  -   
 都・道  
 府・県

6 \* 自宅電話番号  -  -

7 \* 自宅FAX番号  -  -

8 \* 携帯電話番号  -  -  (固定電話がない場合は携帯電話番号のみ記入)

9 \* 個人メールアドレス  @

## 【現勤務先】

平成29年4月1日現在、在籍している勤務先の情報をご記入ください。

10 \* 勤務先経営区分  1…民立民営 2…公立民営 3…公立公営

11 \* 勤務先法人名 法人区分 (別表2参照)  法人名

12 \* 勤務先名

13 \* 勤務先部署名

14 \* 勤務先種別  別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )  
社会福祉事業(社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業)の届出をしている施設・事業所、あるいは介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所をご記入ください。

15 \* 受講希望者職種(2017年4月1日現在)  別表4をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

16 \* 勤務形態  1…常勤 2…非常勤

17 \* 勤務先住所 〒  -   
 都・道  
 府・県

18 \* 勤務先電話番号  -  -  内線

19 \* 勤務先FAX番号  -  -

20 \* 教材の希望送付先  1…自宅 2…勤務先[現勤務先住所地へ発送します](未記入の場合は勤務先にお送りします)  
 ※受講決定通知、教材等の発送は5月15日を予定しており、確実に受け取れる先をご記入ください。

21 \* 経過年数(2017年4月1日現在) 現職経過年数  年  月 福祉関係通算経過年数  年  月

22 \* 施設長就任(予定)年月  年  月 西暦で記入 ※記入のない場合、就任予定がないものとみなし、受講対象から除外されます

## 【施設長就任予定先】平成29年4月1日以降、勤務先名(項目12)と施設長就任予定先が異なる場合は、必ず下記チェックボックスにチェックし、項目23・24・25をご記入ください。

23 施設長就任(予定)先種別  別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

24 施設長就任予定先法人名 法人区分 (別表2参照)  法人名

25 施設長就任予定先施設名

26 最終学歴  1…大学院修了 2…4年制大学卒業 3…3年制短大卒業 4…2年制短大卒業  
 5…専門学校卒業 6…高校卒業 7…中学卒業 8…その他⇒⇒⇒⇒ ( )

27 取得済資格等  別表5をご覧になり、すでに取得した資格の数字をお書きください。

28 \* 研修案内等の送付  上記住所に全国社会福祉協議会からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、希望されない場合は「2」をご記入ください。(未記入の場合は「1」とさせていただきます)

29 \* 手話通訳等の手配  スクーリングで手話通訳の手配が必要な方は必ずチェックしてください。

30 その他特記事項 研修受講にあたって、「車椅子を使用する」など、必要な事項について下記にご記入ください。

[  ]

中央福祉学院記入欄

取りまとめ自治体

受付番号  -

・申込書の提出先は、各都道府県・指定都市・中核市社会福祉研修主管部(局)です。  
 ・面接授業の際、県名・氏名・勤務先名・職種・勤務先種別を記載した名簿を配布いたします。

### 社会福祉事業に関する職歴

勤務開始		勤務終了		勤務先名称・役職名	職務(活動)内容	備考
年(西暦)	月	年(西暦)	月			

※勤務先名称を記入する際、「無認可」の施設等に勤務されていた(いる)場合は、勤務先名称の後に「無認可」とご記入ください。

### 社会福祉事業以外の職歴

勤務開始		勤務終了		勤務先名称・役職名	職務(活動)内容	備考
年(西暦)	月	年(西暦)	月			

### 資格の取得状況(表面に記載の資格についてのみで結構です)

取得資格名	資格取得日(西暦)	取得機関名(通学・通信)	備考