**２０２４年度　社会福祉士実習指導者講習会　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| □　大阪会場　 　2024年　　6月1日　～ 　8月16日 (申込期間） | □　滋賀会場　　 2024年6月3日～ 6月21日 （申込期間）　　 |
| □　京都会場　　 2024年 　 8月1日　～　　9月30日（申込期間） | □　兵庫会場　　 2024年7月1日～ 9月20日 （申込期間） |
| * 奈良会場　　2024年　　７月22日　～　9月20日（申込期間）
 |  |

**※受講希望会場にチェックし、各社会福祉士会にお申込み下さい（FAX番号もしくは送付先住所は要項にてご確認下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　（ふりがな）１．申込者氏名　　 | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２．生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　年（西暦　　　　　　　　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．連絡先（受講決定通知先）電話・ＦＡＸ・E-MAIL（昼間連絡がとれるところでお願いします） | □　自宅　　　　□　勤務先　　（いずれかにチェック）電話　　　　　　　　　　　ＦＡＸE-MAIL  |
| ６．社会福祉士取得後の相談援助経験年数 | 社会福祉士資格取得後　　　　　　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（○で囲んでください） | 会員　　・　　非会員　　・　　入会申込中 |
| ９．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： |
| 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**も添付して下さい。 | 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について | 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、研修受講者に配布する予定です。名簿への掲載を希望されない方は、チェックしてください。（不可の場合でも氏名は掲載されます）** |
| 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**※　申込者多数の場合は印のあるものを優先させて頂きます**（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（役職名）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。