

2017(平成29)年度 社会福祉主事資格認定通信課程(秋期コース)受講申込書

記入日 年 月 日 担当者:

中央福祉学院長 様

*公印のない場合申込は受付いたしません

下記の者は下記受講資格を満たしているため標記課程を受講させたく申し込みます。

<受講資格>

- ①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)の届出をした施設・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・事業所に従事していること
- ②受講期間中、申込み時の所属法人に勤務していること(退職予定のある方は申込み不可)

公印

役職名 所属長氏名

↓ *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	<input style="width: 100%;" type="text"/>										名	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
2	* 受講希望者氏名(漢字)	姓	<input style="width: 100%;" type="text"/>										名	<input style="width: 100%;" type="text"/>									
3	* 生年月日		<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	年	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	月	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	日	西暦で記入										
4	* 性別	<input type="checkbox"/> 1...男 <input type="checkbox"/> 2...女																					
5	* 自宅住所	〒	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>																	
			<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	都・道 府・県	<input style="width: 100%;" type="text"/>																	
6	* 自宅電話番号	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>															
7	自宅FAX番号	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>															
8	* 携帯電話番号	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		(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	<input style="width: 100%;" type="text"/>										@	<input style="width: 100%;" type="text"/>										
10	* 勤務先経営区分	<input type="checkbox"/> 1...民立民营 <input type="checkbox"/> 2...公立民营																					
11	* 勤務先法人名	法人区分 (別表2参照)	<input style="width: 30px;" type="text"/>		法人名	<input style="width: 100%;" type="text"/>																	
12	* 勤務先名	<input style="width: 100%;" type="text"/>																					
13	* 勤務先部署名	<input style="width: 100%;" type="text"/>																					
14	* 勤務先種別	<input style="width: 30px;" type="text"/>		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	<input style="width: 30px;" type="text"/>		別表4をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()																			
16	* 勤務先住所	〒	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>																	
			<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	都・道 府・県	<input style="width: 100%;" type="text"/>																	
17	* 勤務先電話番号	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		内線 <input style="width: 30px;" type="text"/>													
18	* 勤務先FAX番号	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>		-	<input style="width: 30px;" type="text"/>															
19	* 教材の希望送付先	<input type="checkbox"/> 1...自宅 <input type="checkbox"/> 2...勤務先 (未記入の場合は勤務先にお送りします)																					
20	* 介護保険事業所番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>																					
		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・事業所からの申込の場合は「1」をご記入いただき、隣接のマス目に左詰めで介護保険事業所番号をご記入ください。																					
21	* 経歴年数(2017年10月1日現在)	現職経歴年数	<input style="width: 20px;" type="text"/>	年	<input style="width: 20px;" type="text"/>	月	福祉関連通算経歴年数	<input style="width: 20px;" type="text"/>	年	<input style="width: 20px;" type="text"/>	月												
22	* 本研修を知った手段	<input type="checkbox"/> 1...中央福祉学院HP 2...受講案内(郵送) 3...都道府県・指定都市社協からの案内 4...市区町村社協からの案内 5...新聞等の広告 6...メールニュース 7...その他 ⇒ ()																					
		※ 上記のうち、「5...新聞等の広告」「6...メールニュース」を選んだ場合は、裏面もご記入ください ⇒																					
23	最終学歴	<input type="checkbox"/> 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 ⇒ ⇒ ⇒ ()																					
24	取得済資格等	<input style="width: 100%;" type="text"/> 別表5をご覧ください、すでに取得した資格の数字をお書きください。																					
25	* 研修案内等の送付	<input type="checkbox"/> 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)																					
26	* 手話通訳等の手配	<input type="checkbox"/> 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。																					
27	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

28 受付番号 -

・必ず郵送でお送りください。

・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。

※裏面は広報に係るアンケートです

社会福祉主事資格認定通信課程 民間社会福祉事業職員課程・秋期コース
広報に係るアンケート

表面の「22 本研修を知った手段」が、「5 新聞等の広告」あるいは「6 メールニュース等」による場合は、その広報媒体をご記入ください。ご回答いただいた内容は、今後の広報活動の参考にさせていただきます。

【質問1】「5 新聞等の広告」を選んだ方

ご覧になった新聞・雑誌名を、下記選択誌群より該当する番号を“○”で囲んでください（複数回答可）

<雑誌>

- 1 月刊福祉 2 ふれあいケア 3 保育の友 4 おはよう21 5 月刊デイ
6 介護の経営と運営 7 介護ビジョン 8 地域ケアリング
9 その他[]

<新聞>

- 1 福祉新聞 2 シルバー新報 3 その他[]

<機関紙>

- 1 機関紙『老健』 2 経営協 3 NORMA 4 ぜんほきょう
5 その他[]

【質問2】「6 メールニュース等」を選んだ方

ご覧になったメールニュース、各機関のホームページ（配信団体名、ニュースの名称等をご記入ください）を、下記選択肢群より該当する番号を“○”で囲んでください（複数回答可）

<メールニュース>

- 1 経営協メールニュース 2 セルブ通信速報 3 障害福祉関係ニュース
4 身障協エクスプレス 5 全保協ニュース 6 保育士会だより 7 全養協通信
8 メールニュース(社協版)
9 その他(都道府県・指定都市社協)[社協名: 社協]
10 その他[機関名:]

<ホームページ> (中央福祉学院以外)

- 1 全社協 2 福祉のお仕事 3 WAMNET(イベント・セミナー情報)
4 社協の杜 5 その他(都道府県・指定都市社協)[社協名: 社協]
6 その他[機関名:]

【質問3】よく読む福祉関係の雑誌等は何ですか。下記へご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。