

●**受講資格の取得状況** ※下記のいずれにも該当しない場合は受講資格を満たさない可能性があります。本学院までお問合せください。(電話046-858-1355)

(取得資格等の番号に○をつけ、取得年月日等をご記入ください。)

番号	資格名	取得年月日(西暦)	備考
1	社会福祉施設長資格認定講習課程 (中央福祉学院)修了※		
2	社会福祉主事任用資格(3科目主事除く)		
3	保育士		
4	社会福祉士		
5	介護福祉士		
6	医師		
7	理学療法士		
8	作業療法士		
9	看護師		
10	精神保健福祉士		
11	介護支援専門員		
12	2年以上施設長の職にある		

※2020年3月修了見込も含む

●**受講要件の証明** ※施設長(管理者)または理事長・理事以外の受講希望者のみ、下記にご記入ください。

1. 受講希望者役職名 _____

2. 受講要件として該当する事項(当てはまるものに○をつけてください。)

- ・施設長と同等の業務を2年以上担当している

(業務内容: _____)

- ・施設長資格認定講習課程(_____ 年度)修了

- ・施設長就任予定がある(_____ 年就任予定)

- ・その他(_____)

3. 受講希望理由

[_____]

上記のとおり、受講希望者の受講要件を証明します。

法人名 _____

法人代表者役職名・氏名 _____

(公印)

重要 お申込書の提出前に以下の事項を確認のうえ、をご記入ください

- 本申込書は福祉施設長専門講座の申込書です
- 厚生労働省の定める、社会福祉施設の長の具体的な要件を取得するための研修ではありません
- 具体的な要件取得のための研修会(社会福祉施設長資格認定講習課程)の申込については2020年3月に本学院ホームページをご覧ください