

# 2020年度 社会福祉施設長資格認定講習課程 受講申込書 WEB

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：2020年 月 日

\* 問合せ担当者：

(TEL： )

## 施設長就任(予定)先法人

法人名  法人代表者役職名

法人代表者名

公 印

\*公印のない  
場合、申込  
は受付いた  
しません

↓ \*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"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <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: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>		
			<input style="width: 20px;" type="text"/> 都・道 <input style="width: 20px;" type="text"/> 府・県		<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 6	自宅電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
	7 自宅FAX番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 8	携帯電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 9	メールアドレス		<input style="width: 100%;" type="text"/> @ <input style="width: 100%;" type="text"/>		

## 〔現勤務先〕

2020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		<input type="checkbox"/> 1…私立民営 <input type="checkbox"/> 2…公立民営 <input type="checkbox"/> 3…公立公営		
* 11	勤務先法人名	法人区分 (別表2参照)	<input style="width: 20px;" 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: 20px;" type="text"/> 別表3をご覧ください。  その他の場合具体的に⇒( )		
* 15	受講希望者の現職種(2020年4月1日現在)		<input style="width: 20px;" type="text"/> 別表4をご覧ください。  その他の場合具体的に⇒( )		
* 16	勤務形態		<input type="checkbox"/> 1…常勤 <input type="checkbox"/> 2…非常勤		
* 17	勤務先住所	〒	<input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>		
			<input style="width: 20px;" type="text"/> 都・道 <input style="width: 20px;" type="text"/> 府・県		<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 18	勤務先電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> 内線 <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 19	勤務先FAX番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 20	教材の希望送付先		<input type="checkbox"/> 1…自宅 <input type="checkbox"/> 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、教材等を確実に受け取れる先をご記入ください。		
* 21	経年数(2020年4月1日現在)	現職経年数	<input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> ヵ月	福祉関連通算経年数	<input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> ヵ月
* 22	施設長就任(予定)年月		<input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月		

## 〔施設長就任予定先〕

2020年4月1日現在の勤務先名(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		<input type="checkbox"/> 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)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	法人名	<input style="width: 100%;" type="text"/>
25	施設長就任予定先施設名		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
26	最終学歴		<input type="checkbox"/> 1…大学院修了 <input type="checkbox"/> 2…4年制大学卒業 <input type="checkbox"/> 3…3年制短大卒業 <input type="checkbox"/> 4…2年制短大卒業 <input type="checkbox"/> 5…専門学校卒業 <input type="checkbox"/> 6…高校卒業 <input type="checkbox"/> 7…中学卒業 <input type="checkbox"/> 8…その他⇒( )		
27	取得済資格		<input style="width: 100%;" type="text"/> 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		<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)。		
* 29	手話通訳等の手配		<input type="checkbox"/> スクーリングで手話通訳等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。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		

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。  
・スクーリングの際、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