

# 2019年度 岩手県立大学社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書

申し込み先：岩手県立大学社会福祉学部実習教育開発室

FAX：019-694-2433

\* FAX送信後、着信確認の連絡をお願いいたします (Tel:019-694-2432)。

郵送：〒020-0693 岩手県滝沢市菓子152-52

< 以下の必要事項について、記入漏れや間違いのないよう記入してください。 >

1. 申込者氏名 (性別)	<div style="text-align: center;">(ふりがな)</div> 氏名 <div style="text-align: center;">(性別： 男 ・ 女 )</div>
2. 生年月日	昭和・平成      年      月      日 (西暦              年)
3. 自宅住所	(〒          -          )
4. 勤務先	法人・機関名  施設・事業所名  施設・事業所の種別  受講者の役職
5. 連絡先住所・電話・FAX  ※ 1. 受講内定通知等送付先です。 ※ 2. 昼間、連絡が取れるところをご記入ください。 ※ 3. 連絡先が勤務先の場合、勤務先名を必ず明記のこと。	(〒          -          )  (※勤務先の場合、勤務先名_____) 電話：                                  FAX： メールアドレス：
6. 社会福祉士資格取得年と登録番号 ※ 必ず社会福祉士資格登録証のコピーを添付のこと。	資格取得          年          登録番号 第          号
7. 相談援助実習指導との関わり ※ 該当の□に✓を入れること。	<input type="checkbox"/> 相談援助実習指導の経験がある <input type="checkbox"/> 今後、相談援助実習指導を行う予定 <input type="checkbox"/> 未定
8. 相談援助経験年数	資格取得前          年          取得後          年
9. 受講の申込にあたって、所属長の了承は得ていますか。 ※ 該当の□に✓を入れること。 なお、この項目は講習会運営の参考までに伺うもので、申込の要件ではありません。	<input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
10. 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記入ください。	

※ お預かりした個人情報とは、岩手県立大学社会福祉士実習指導者講習会の運営と本学のソーシャルワーク実習の実施に関する以外目的には使用いたしません。