2017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　岩手県滝沢市巣子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）	（ふりがな　　） 氏名 （性別：　男　・　女　）
２．生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 （西暦　　年）
３．自宅住所	（〒　　－　　）
４．勤務先	法人名 施設名 施設の種別 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。	□　相談援助実習指導の経験がある □　今後、相談援助実習指導を行う予定 □　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。	□　得ている □　得ていない □　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ご記入ください。	

※　お預かりした個人情報は、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こと以外の目的には使用いたしません。