

\*の項目は必須記入です 必須項目に記入漏れのある場合、申し込みは無効となります。

0 2000年度以降に口フォス湘南で受講経験がある場合、右の□にチェックし、直近の研修名と通算回数を記入してください

1 \* 受講希望者氏名(カナ) 姓       名

2 \* 受講希望者氏名(漢字) 姓       名

3 \* 生年月日    年   月   日 西暦で記入

4 \* 性別  1…男  2…女

5 \* 自宅住所 〒    -    ※「大字」「字」等は省略してご記入ください。  
   都・道 府・県

6 \* 自宅電話番号    -     -

7 \* 自宅FAX番号    -     -

8 \* 携帯電話番号    -     -

9 \* メールアドレス       @

10 \* 勤務先経営区分  1…民立民营  2…公立民营  3…公立公営 “社会福祉法人”等の法人区分名称は記載しない。

11 \* 勤務先法人区分 法人区分(別表2参照)  法人名

12 \* 勤務先名

13 \* 勤務先部署名

14 \* 勤務先種別   別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

15 \* 受講希望者職種(2013年4月1日現在)   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(2013年4月1日現在)  1…常勤  2…非常勤

17 \* 勤務先住所 〒    -    ※「大字」「字」等は省略してご記入ください。  
   都・道 府・県

18 \* 勤務先電話番号    -     -     内線

19 \* 勤務先FAX番号    -     -

20 \* 教材の希望送付先  1…自宅  2…勤務先 (未記入の場合は勤務先にお送りします)

21 \* 経験年数(2013年4月1日現在) 現職経験年数   年   月 通算経験年数   年   月

22 \* 施設長就任(予定)年月    年   月 西暦で記入 記入のない場合、就任予定がないものとみなし、受講の対象から除外されます。

23 \* 就任前職勤務先種別   別表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

24 \* 就任受講希望者就任直前職種   別表4をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ( )

25 \* 申込回数  回目 社会福祉施設長資格認定講習課程の申込回数をご記入ください。初めて申込をされる方は「1」をご記入ください。

26 \* 最終学歴  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 99…その他 ⇒ ( )

27 \* 取得済資格等  別表5をご覧になり、すでに取得した資格の数字を左記にお書きください

28 \* 研修案内等の送付  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 \* その他  スクーリング参加時に必要な事項について下記にご記入ください(「手話通訳が必要」「車椅子を使用する」など) ※申込時に日程の指定・リクエストはできません。

勤務先記入欄 \*公印がない、あるいは私印が押されている申込みは受け付けません

上記の者を標記課程に受講させたく申し込みます。

30 \* 法人代表者役職名  法人代表者氏名  公 印

中央福祉学院記入欄

書類  取りまとめ自治体

31  受付番号  A -

\*の項目は必須項目です。記入漏れのない様ご注意ください。  
 \* 申込書の提出先は各都道府県・指定都市・中核市研修主管部(局)です。

### 社会福祉事業に関する職歴

勤務開始		勤務終了		勤続先名称・役職名	職務（活動）内容	備考
年 (西暦で記入)	月	年 (西暦で記入)	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、勤務先名称のあとに「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		勤続先名称・役職名	職務（活動）内容	備考
年 (西暦で記入)	月	年 (西暦で記入)	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	取得年月日 (西暦で記入)	取得機関名（通学・通信）	備考