

平成25年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査  
(ヨーロッパ班/民間職員 障害児・者福祉関係) 参加適格者推薦書

写 真  
(3cm×3cm)

注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査参加適格(希望)者を次のとおり推薦いたします。

フリガナ	性 男		生年月日 (年号及び西暦)	昭和 年 月 日	年齢	歳
氏 名	別 女			(西暦 年)		(9/1現在)
フリガナ	〒					
自宅住所						
連絡先	〔電話〕			〔携帯電話〕		
E-mail						
現施設における「職種」	役職	現施設での勤続年数	年 月	同法人内での当該施設通算年数	年 月	社会福祉施設通算経験年数 年 月
最終学歴	社会・介護福祉士資格の有無		有・無	社・介	登録番号	号/平成 年 月登録
〔職歴〕						
他の機関が実施した海外研修について	参加の有無 (該当に○印)	有の場合	〔実施機関〕			研修期間
	有・無		〔研修先〕			日間
添付書類	健康診断書 (1年以内の定期健康診断書等・コピー可)			煙草の嗜好	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙	
フリガナ	フリガナ		フリガナ			
所属法人名	現所属施設名					
施設種類	【該当に○】 知的障害関係施設・身体障害関係施設・障害児関係施設・その他( )					
フリガナ	フリガナ		フリガナ			
法人理事長氏名	施設長氏名					
フリガナ	フリガナ		フリガナ			
法人所在地	〒		施設所在地		〒	
連絡先	〔電話〕		〔FAX〕		連絡先	
	〔電話〕		〔FAX〕		〔電話〕	
【施設長等の推薦理由】						
※必須 (施設長等が別紙で作成し、推薦書に添付してください。)						
平成 25年 月 日						
県(市)			部(局)長 			
主管課			担当者氏名			
電話番号			(内線)			
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 理事長 多久島 耕治 様						

※自治体の署名・捺印をお願いします。

(注)これに記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。