

平成 29 年度 第 2 回民間社会福祉施設職員合宿研修会受講者推薦書

顔 写 真  
 (胸から上の顔写真)  
 縦 4.5 cm×横 3.5 cm  
 (パスポートサイズ)  
 ※この写真は研修報告書の  
 写真として使用します。

標記 民間社会福祉施設職員合宿研修会の受講希望者を実施要綱に基づき  
 次の通り推薦いたします。

ふりがな 受講希望者 氏 名	性別	男 ・ 女	生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
ふりがな 所属法人名	利用区分	知的・身体		入所・通所			
	施設・事業種類						
ふりがな 法人代表者 氏 名	ふりがな 所属施設名					定員	
	ふりがな 施設長名						
施設の所在地	〒 -			施設の 電話番号	市外局番 - -		
受講者 自宅住所	〒 -			受講者 自宅最寄駅	※JR または私鉄駅		
職種又は役職名 (例)生活支援員 介護職員	社会福祉施設 通算経年数(3年以上のもの)				年 ヶ月		
	うち障害者等施設で障害者等の処遇に従事した経年数 (複数施設経験の場合は合算)				年 ヶ月		
学 歴 等 最終学歴 福祉関係資格 他施設種類・ 職種の経歴							
資格の有無	介護福祉士		社会福祉士		精神保健福祉士		
	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無		
平成 29 年 月 日							
都・道 府・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							

(注意)ここに記載の個人情報、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。  
 ※ 年齢、経験年数は、研修初日現在(平成 29 年 9 月 5 日)を基準に記載してください。