

(別紙-「ヨーロッパ班」様式)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【ヨーロッパ班(高齢者福祉関係)】

写 真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に
撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ		性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (9/1現在)	
	氏 名					(西暦		年)				
	フリガナ	〒										
	自宅住所											
	連絡先	[電話]										
			[携帯電話]									
	E-mail	(必須)										
	最終学歴						煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙				
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)					(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)				
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)											
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	← 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)						
		有・無		社会福祉士・介護福祉士	[登録年月]	平成	年	月	登録			
	他機関の海外研修への参加経験	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(国名)]	日間							
(1)応募理由	(1)応募理由											
(2)この研修をどのようにして知ったか○で囲んでください。	(2)①介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
フリガナ					フリガナ							
所属法人名					現所属施設名							
施設種類												
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							
法人所在地	〒				施設所在地	〒						
連絡先	[電話]					連絡先	[電話]					
	[FAX]						[FAX]					
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(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。

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【北米班(障害児・者福祉関係)】

写真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に
撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ		性	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	
	氏名		別			(西暦					(9/1現在)	
	フリガナ											
	自宅住所	〒										
	連絡先	〔電話〕					〔携帯電話〕					
	E-mail	(必須)										
	最終学歴						煙草の嗜好 (該当の口を塗りつぶす)		<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙			
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)					(あれば) 現施設における「役職」		(例:課長、主任)			
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)		年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月		
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)											
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)		有 の 場 合	〔資格種類〕 該当に○印		〔登録番号〕		← 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)			
		有・無			社会福祉士・介護福祉士		〔登録年月〕		平成 年 月 登録			
	他機関の海外研修への参加経験	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(国名)〕					日間		
	(1)応募理由 (2)この研修をどのようにして知ったか ○で囲んでください。	(1)応募理由 (2)① 介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()										
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
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							
法人理事長氏名					施設長氏名							
フリガナ					フリガナ							
法人所在地	〒				施設所在地	〒						
連絡先	〔電話〕				連絡先	〔電話〕						
	〔FAX〕					〔FAX〕						
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(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。

(別紙-「オセアニア班」様式)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【オセアニア班(高齢者福祉関係)】

写 真
(4cm×3cm)
注)6か月以内
に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

フリガナ		性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
氏 名					(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	(必須)									
最終学歴				煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙					
現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)			(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)					
現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月		
現職に至るまでの主な 職歴(5つまで)										
社会・介護 福祉士資格 の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号					
	有・無		社会福祉士・介護福祉士	[登録年月]	平成	年	月	登録	← 両資格保有している 場合は、番号・年月とも それぞれ2段書きで記入 (上段:社会、下段:介護)	
他機関の海外研修への 参加経験	参加の有無 (該当に○印)		[実施機関]	研修期間				日間		
	有・無		[研修先(国名)]							
(1)応募理由 (2)この研修 をどのように して知ったか ○で囲んで ください。	(1)応募理由									
	(2)介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()									
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配									
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。										
フリガナ				フリガナ						
所属法人名				現所属 施設名						
施設種類										
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						
法人所在地	〒			施設所在地	〒					
連絡先	[電話]									[電話]
	[FAX]									[FAX]
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)									

申
込
者

申
込
者
所
属
法
人
・
施
設

(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。