

別紙様式

平成30年度9月開催 民間社会福祉施設職員合宿研修会受講者推薦書

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。

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。

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	ふりがな 所属施設名		施設(事業)種類					施設 定員	
	施設(事業)種類								
施設所在地	〒 -			施設 電話番号	市外局番 - -				
職種又は役職名 (例)介護主任 介護職員 ユニットリーダー	社会福祉施設 通算経験年数 (3年以上のもの)						年	ヶ月	
	うち障害者等施設で障害者等への対応に従事した経験年数 (複数施設経験の場合は合算)						年	ヶ月	
最終学歴 (該当に○をする)	中学卒・高校卒・専門学校卒・短期大学卒・大学卒								
保有資格 (該当に○をする)	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員								
平成30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 根本 嘉 昭 様									

(注意)ここ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30年9月4日)を基準に記載してください。