

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会
令和4年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和4年 月 日

令和4年度10月開催（障害者支援）研修会の受講者として次の者を推薦します。

1. 受講希望者

氏名	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	顔写真 (胸から上の顔写真) 縦4.5cm×横3.5cm (パスポートサイズ) 又は 縦4cm×横3cm (履歴書用サイズ)	
						<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	年齢	歳		
	<input type="checkbox"/> 平成							
職種				役職名				
支援業務等経験年数	年	ヵ月	現在の施設での経験年数	年	ヵ月			
保有する資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員							
法人名	ふりがな				法人格			
施設・事業所名 (名札に記載)	ふりがな				施設種別			
						障害福祉事業者指定	有 ・ 無	
推薦者氏名	ふりがな				推薦者役職			
所在地					印	従業員数		
						名		
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな			(電話番号)			
					(メールアドレス)			
地域における 公益的な取組の内容								
※コロナ禍により、 現在、活動を行って いない場合、コロナ 禍以前の活動内容を 記入すること。								

2. 受講希望者の所属施設・事業所

(センター記入欄) 推薦団体 No. 確認欄 受講者 No.

3. 参加目的及び獲得目標

参加目的 (200字程度)	
獲得目標 (200字程度)	

- (注) 1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ記入するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。
 2. 獲得目標は2つ以上とすること。

4. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無

伝達研修	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
獲得目標の実践	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>

5. 推薦団体先記入欄

令和4年 月 日	
(自治体名) _____	
(担当部・課) _____	_____
(担当者) _____	(連絡先) TEL _____

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 理事長 橋本正明 様

○推薦書に記載された個人情報は、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。