

# 令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修【障害者支援研修】受講申込書 入力例

「※」以外は、すべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。

1. 受講希望者		入力日 (西暦)	2026	年		月		日
ふりがな 氏名	(姓)	(名)	年齢 (年代を選択) (4/1現在)					
職種	(例：介護職員、生活支援員)		※ 役職名		(例：管理者、課長、主任)			
介護・支援 業務経験年数 (4/1現在)	年	ヵ月	現在の施設での経験年数 (4/1現在)		年	ヵ月		
※ 保有する資格 (該当する資格に「○」)		介護福祉士	社会福祉士	精神保健福祉士				
※ 介護支援専門員								
応募に関する 設問 (受講希望者 本人が入力 ください)	(1) 参加目的及び獲得目標を具体的にご入力ください。(100字~200字程度にまとめてください。)							
	(2) 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容(現在未実施の場合は、今後予定している活動内容)を入力してください。							

## 【はじめに】

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には**都道府県等の推薦を受ける必要があります**。都道府県等が指定する期限までに必要事項をすべて入力し、推薦の依頼をしてください。  
(推薦依頼先：〇〇県 障害福祉課 等…)
- 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当まで(03-3486-7511)ご連絡ください。

## (受講希望者欄について)

- ・ 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき入力してください。
- ・ 役職名は役職がない場合、入力不要です。
- ・ 経験年数は「令和8年4月1日」を基準としてください。
- ・ 保有する資格がある場合は、プルダウンから「○」を選択してください。
- ・ 参加目的及び獲得目標は、100字~200字程度にまとめて入力してください。
- ・ 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容は、活動の目的及び具体的な活動内容を入力してください。  
ご都合により現在活動を行っていない場合、以前の活動内容または今後予定して

## 2. 受講希望者の所属施設・事業所等

ふりがな 法人名 (法人格も入力してください。)	記入例：しゃかいふくしほうじん〇〇かい	
ふりがな	記入例：社会福祉法人〇〇会	
施設・事業所の種類及び施設・事業所名	記入例：とくべつようごろうじんほ一む〇〇えん	
郵便番号	〒	
ふりがな		
所在地		
施設・事業所 担当者連絡先	ふりがな	電話番号
	氏名	メールアドレス
上記1の受講希望者の受講申込を了承します。		所属長氏名： 所属長役職：

(注)この申込書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。

## (受講希望者の所属施設・事業所等欄について)

- ・ 法人名は、**法人格及び法人名**を入力してください。
- ・ 施設・事業所の種類及び施設・事業所名は、「障害者支援施設〇〇苑」のように**施設・事業所の種類名と個別の名称の両方**を入力してください。
- ・ 本研修に関する連絡窓口となっていただく施設・事業所のご担当者名・電話番号・メールアドレスを入力してください。
- ・ 電話番号とメールアドレスは両方とも入力してください。
- ※ 書類等に関する照会をさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきますので、ご協力よろしくお願ひします。
- ・ 本研修は、4日間の研修となりますので、必ず所属長の方の了承を得たうえで申し込ん

(試験センター入力欄)			優先順位		
推薦団体	推薦団体No.	確認欄	受講者No.		