

2018 年度日本福祉大学 精神保健福祉士実習指導者講習会(愛知会場) 受講申込書

記入日 (201 年 月 日)

お名前 <small>※修了証書に記載 しますので、楷書で 正確にご記入くだ さい</small>	フリガナ		性別
	(姓)	(名)	男 ・ 女 <small>(いずれかに「○」を)</small>
生年月日	1 9 年(昭和・平成 年) 月 日		
ご自宅住所	〒		
ご連絡先	TEL <small>(日中に連絡が可能な電話番号をご記入ください)</small>		
ご勤務先	法人名称		
	機関等名称		
	事業種別		
	部署・職名等		
	所在地	〒	
	電話番号	TEL	
受講内定通知等の送付先及び 本講習会にかかる連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 ・ <input type="checkbox"/> ご勤務先 <small>(いずれかに☑をご記入ください)</small>		
精神保健福祉士 の登録日・登録番号	登録日：(西暦) 年 月 日	<small>※精神保健福祉士登 録証の写しを必ず添 付してください</small>	
	登録番号：第 号		
精神保健福祉士実習指導歴 <small>※実習指導歴をご記入ください(指導歴が ない場合には「0」をご記入ください)</small>	実習指導歴(通算 年、うち現行カリキュラム 年) 2018 年度の指導予定人数(本学 名/他校 名)		
相談援助の実務経験年数 <small>※精神保健福祉士資格登録後の実務経験年 数をご記入ください</small>	精神保健福祉士資格取得後(年)【2019年3月末時点(見込)】		
受講日の勤務上の扱い <small>(該当するものに「レ」をつけてください) ※差し支えない範囲でお答えください</small>	<input type="checkbox"/> 勤務先の業務として参加する <input type="checkbox"/> 休暇を取得して参加する <input type="checkbox"/> 受講が決定したら、勤務先に相談する		
その他(要望・連絡事項) <small>受講上の配慮など、ご要望等がございましたらご 記入ください。</small>			

提出先：日本福祉大学 社会福祉実習教育研究センター FAX0569-87-2340