

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

記入日 (2018 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