

令和7年度 社会福祉主事資格認定通信課程(春期コース)受講申込書

ダウンロード版

※の項目は必須記入です。必須項目に記入もれのある場合、申し込みは無効となります。

中央福祉学院長 様

\*記入日: 年 月 日

申込者および受講希望者は、下記の申込書記載内容に相違のないことを確認し、次の受講資格および受講案内の内容を理解・同意したうえで、本課程に申込みます。

\*問合せ担当者:

(TEL: )

申込者記入

- ・受講期間中、社会福祉事業(社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業)の施設・事業所、あるいは介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所に従事していること又は「社会福祉主事の実習施設・事業」に従事していること

公印

\*公印のない場合、申込は受付いたしません

役職名 所属長(施設長)氏名

\* 1 該当コース
\* 2 受講希望者氏名(カナ)
\* 3 受講希望者氏名(漢字)
\* 4 生年月日
\* 5 性別
\* 6 自宅住所
\* 7 自宅電話番号
\* 8 自宅FAX番号
\* 9 携帯電話番号
\* 10 メールアドレス

\* 11 勤務先経営区分
\* 12 勤務先法人名
\* 13 勤務先名
\* 14 勤務先部署名
\* 15 勤務先種別
\* 16 受講希望者の現職種
\* 17 勤務形態
\* 18 勤務先住所
\* 19 勤務先電話番号
\* 20 勤務先FAX番号

\* 21 教材の希望送付先
\* 22 介護保険事業所番号
\* 23 現勤務地での現職経験年数
\* 24 福祉事業通算経験年数
\* 25 本研修を知った手段

26 最終学歴
27 取得済資格等
\* 28 研修案内等の送付
29 特記事項

中央福祉学院記入欄

□

受付番号 □ - □