

公益社団法人日本社会福祉士会 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 共催
2024年度 認定社会福祉士認定研修 (Web 開催) 受講申込書

(2) 日本社会福祉士会 生涯研修ルート用

申込に必要な書類を添えて、下記の通り申し込みいたします。

記入日：2024年 〇月 〇日

該当する口[○]にチェックを入れ必要事項をご記入ください。(※)印のある項目は、申込時に必ず証明書を添付してください。

氏名・性別	(ふりがな) (にんてい たろう) 認定 太郎	男・女																								
自宅住所	〒 160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階																									
TEL	03-3355-6541	FAX 03-3355-6543																								
E-mail	〇〇〇〇@gmail.com																									
勤務先住所	〒 160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階																									
勤務先名	〇〇社会福祉士事務所																									
TEL	03-3355-6541	FAX 03-3355-6543																								
E-mail	〇〇〇〇@gmail.com																									
受講希望日 ※ご希望に沿えない 場合があります	第1希望 <input checked="" type="checkbox"/> 2025年2月22日～23日 <input type="checkbox"/> 2025年3月29日～30日 <input type="checkbox"/> 希望なし																									
	第2希望 <input type="checkbox"/> 2025年2月22日～23日 <input checked="" type="checkbox"/> 2025年3月29日～30日 <input type="checkbox"/> 希望なし																									
資料送付/連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (平日の日中に連絡がとれるところをチェックしてください)																									
所属する職能団体	<input checked="" type="checkbox"/> 日本社会福祉士会 (東京社会福祉士会) <input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーカー協会	会員番号 (0000) 会員番号 ()																								
社会福祉士登録	登録番号：000000 (※)	登録年月日： 20〇〇年 〇月 〇日																								
認定申請分野 (1つ)	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 児童・家庭 <input type="checkbox"/> 医療 <input checked="" type="checkbox"/> 地域社会・多文化																									
相談援助実務経験 ・社会福祉士取得後から直近10年以内に5年以上あり、かつ認定申請分野で2年以上あることが必要。 ・対象期間のみを記載してください。	<table><thead><tr><th>勤務先名</th><th>職種</th><th>分野</th><th>勤務期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>〇〇社会福祉士事務所</td><td>社会福祉士</td><td>地・多</td><td>2000年 〇月～2000年 〇月 (〇年〇か月)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～年 月 (年 か月)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～年 月 (年 か月)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～年 月 (年 か月)</td></tr><tr><td colspan="3">合計</td><td>〇年 〇か月間</td></tr></tbody></table>	勤務先名	職種	分野	勤務期間	〇〇社会福祉士事務所	社会福祉士	地・多	2000年 〇月～2000年 〇月 (〇年〇か月)				年 月～年 月 (年 か月)				年 月～年 月 (年 か月)				年 月～年 月 (年 か月)	合計			〇年 〇か月間	
勤務先名	職種	分野	勤務期間																							
〇〇社会福祉士事務所	社会福祉士	地・多	2000年 〇月～2000年 〇月 (〇年〇か月)																							
			年 月～年 月 (年 か月)																							
			年 月～年 月 (年 か月)																							
			年 月～年 月 (年 か月)																							
合計			〇年 〇か月間																							
研修受講単位	<input checked="" type="checkbox"/> 現生涯研修制度基礎課程修了 (基礎研修 I、II、III) 必須 (※)	10単位																								
基礎過程、SV (受) 4単位 及び分野専門2単位は必須 (スーパーバイザー登録している場合、SV (受) は必須ではありません)	① 分野専門研修 必須2単位 (※)	4単位																								
	② スーパービジョン実績 (受ける) 必須4単位 (※)	4単位																								
	<input type="checkbox"/> スーパーバイザー登録している (登録番号 S -) (※)																									
受講者名簿への掲載	受講者番号、氏名、勤務先名を記載した「受講者名簿」を受講者に配付します。 「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみが記載され、氏名、勤務先等の情報は記載されません。 <input type="checkbox"/> 掲載しない																									
キャンセル待ち	申込者数が定員を超えた際、キャンセル待ちを希望される方はチェックをしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。																									
確認・チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の記載内容に相違ありません。 ←必ずチェックを入れてください																									
備考 (特に配慮を要する場合は ご記入ください)																										

○(※)の記載がある項目は、申込時に必ず該当する証明書を添付してください。証明書が不足している場合は受付できません。
○申込にあたり、記載内容の誤りや記載漏れ、不足書類、不備書類などがある場合は受付できませんので予めご確認ください。
○本書及び添付書類は、申込後も必ず控えをお持ちください。
○申込内容に変更が生じた場合は、必ず書面にてご連絡ください。
○お預かりした個人情報は当研修会の運営目的以外には使用いたしません。