

2025年度 民間社会福祉施設職員等オンライン海外研修・調査 受講申込書【障害者班】

「※」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)		年		月		日	
氏名	ふりがな					ふりがな					
	(姓)					(名)					
生年月日 (西暦)		年		月		日生	年齢 (4/1現在)		歳	※ 性別	
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 (申込者本人 が入力くだ さい)	(1) 応募動機や研修で学びたいことを具体的にご入力ください。										
	(2) この研修をどのようにして知りましたか。										

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな					法人格	
						施設種別	
施設・事業所名	ふりがな						
所在地	〒						
	ふりがな						
施設担当者 連絡先	電話番号				FAX		
	メールアドレス						
所属長からの 推薦理由	● 標記オンライン海外研修・調査の受講について、上記の者を推薦します。 (同一法人内で複数名ご推薦される場合は、優先順位も明記してください。)						
所属長氏名	ふりがな					所属長役職	
						事務局使用欄	

(注)ここ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。