

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修
【障害者支援研修】受講申込書

「※」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)	2026	年		月		日
ふりがな									年齢 (年代を選択) (4/1現在)		
氏名	(姓)				(名)						
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・支援 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 (受講希望者 本人がご入力 ください)	(1) 参加目的及び獲得目標を具体的にご入力ください。(100字～200字程度にまとめてください。)										
	(2) 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容(現在未実施の場合は、今後予定している活動内容)を入力してください。										

2. 受講希望者の所属施設・事業所等

ふりがな					記入例：しゃかいふくしほうじん〇〇かい	
法人名 (法人格も入力して ください。)					記入例：社会福祉法人〇〇会	
ふりがな					記入例：しょうがいしゃしえんしせつ□□えん	
施設・事業所の種類及び 施設・事業所名					記入例：障害者支援施設□□苑	
郵便番号	〒					
ふりがな						
所在地						
施設・事業所 担当者連絡先	ふりがな			電話番号		
	氏名			メールアドレス		
上記1の受講希望者の受講申込を了承します。		所属長氏名：		所属長役職：		
(注)この申込書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。						

(試験センター入力欄)					優先順位		
推薦団体		推薦団体No.		確認欄		受講者No.	