

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【ヨーロッパ班(高齢者福祉関係)】

写真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	
	氏名					(西暦			年)		(9/1現在)	
	フリガナ	〒										
	自宅住所											
	連絡先	[電話]	[携帯電話]									
	E-mail	(必須)										
	最終学歴					煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙					
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)				(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)					
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)											
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号						
		有・無		社会福祉士・介護福祉士	[登録年月]	平成	年	月	登録	← 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)		
	他機関の海外研修への参加経験	参加の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[実施機関]	研修期間							
		有・無		[研修先(国名)]	日間							
	(1)応募理由	(1)応募理由										
(2)この研修をどのようにして知ったか○で囲んでください。	(2)①介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
申 込 者 所 属 法 人 ・ 施 設	フリガナ					フリガナ						
	所属法人名					現所属施設名						
	施設種類											
	フリガナ					フリガナ						
	法人理事長氏名					施設長氏名						
	フリガナ	〒				フリガナ	〒					
法人所在地					施設所在地							
連絡先	[電話]					連絡先	[電話]					
	[FAX]						[FAX]					
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(注)これ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。

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【北米班(障害児・者福祉関係)】

写真
(4cm×3cm)

(注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ	性 別	男 ・ 女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	
	氏名				(西暦)					(9/1現在)	
	フリガナ	〒									
	自宅住所										
	連絡先	[電話]	[携帯電話]								
	E-mail	(必須)									
	最終学歴				煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙					
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)			(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)					
	現施設での勤務年数(9/1現在)	年	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月				
	現職に至るまでの主な職歴(5つまで)										
	社会・介護福祉士資格の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号					
		有・無		社会福祉士・介護福祉士	[登録年月]	平成	年	月	登録	← 両資格保有している場合は、番号・年月ともそれぞれ2段書きで記入(上段:社会、下段:介護)	
	他機関の海外研修への参加経験	参加の有無 (該当に○印)		[実施機関]	研修期間						
		有・無		[研修先(国名)]	日間						
	(1)応募理由	(1)応募理由									
(2)この研修をどのようにして知ったか○で囲んでください。	(2)① 介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()										
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配										
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。											
フリガナ				フリガナ							
所属法人名				現所属施設名							
施設種類	【該当に○】 知的障害関係施設・身体障害関係施設・障害児関係施設・その他()										
フリガナ				フリガナ							
法人理事長氏名				施設長氏名							
フリガナ	〒			フリガナ	〒						
法人所在地				施設所在地							
連絡先	[電話]									[電話]	
	[FAX]									[FAX]	
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)										

(注)これ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。

(別紙-「オセアニア班」様式)

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査
参加適格者推薦書【オセアニア班(高齢者福祉関係)】

写 真
(4cm×3cm)

注)6か月以内に撮影したもの

標記 海外研修・調査 派遣適格(希望)者を、次のとおり推薦いたします。

申 込 者	フリガナ		性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	
	氏 名				(西暦 年)					(9/1現在)		
	フリガナ	〒										
	自宅住所											
	連絡先	[電話]										[携帯電話]
	E-mail	(必須)										
	最終学歴					煙草の嗜好 (該当の□を塗りつぶす)	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙					
	現施設における「職種」	(例:介護職員、生活支援員)				(あれば) 現施設における「役職」	(例:課長、主任)					
	現施設での勤務年数 (9/1現在)	年	月	同法人内での 当該施設通算年数 (9/1現在)	年	月	社会福祉施設 通算経験年数 (9/1現在)	年	月			
	現職に至る までの主な 職歴(5つまで)											
	社会・介護 福祉士資格 の保有状況	資格保有の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[資格種類] 該当に○印	[登録番号]	号						
		有・無		社会福祉士・介護福祉士	[登録年月]	平成	年	月	登録	← 両資格保有している 場合は、番号・年月とも それぞれ2段書きで記入 (上段:社会、下段:介護)		
	他機関の海外 研修への 参加経験	参加の有無 (該当に○印)	有 の 場 合	[実施機関]							研修期間	
		有・無		[研修先(国名)]							日間	
	(1)応募理由	(1)応募理由										
(2)この研修 をどのように して知ったか ○で囲んで ください。	(2)介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
申 込 者 所 属 法 人 ・ 施 設	フリガナ					フリガナ						
	所属法人名					現所属 施設名						
	施設種類											
	フリガナ					フリガナ						
	法人 理事長氏名					施設 長 氏 名						
	フリガナ	〒				フリガナ	〒					
法人所在地					施設所在地							
連絡先	[電話]					連絡先	[電話]					
	[FAX]						[FAX]					
添付書類	「施設長等の推薦理由書」(様式あり)											

(注)これ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。