

平成29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(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。

フリガナ		性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 年 月 日 (西暦 年)	年齢	歳 (9/1現在55歳まで)
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 (該当の口を塗りつぶす)	<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・無	有の場合	[資格種類] 該当に○印 社会福祉士・介護福祉士	[登録番号] 号 [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・無	有の場合	[実施機関] [研修先(国名)]	研修期間		日間	
(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。	(1)あなたが学びたいこともしくは、学びたいテーマ (2)①広告(介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP) ②紹介 ③その他()						
添付書類	「健康診断書」(1年以内の定期健康診断書等・コピー可)						
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
所属法人名	(職員数 名)	現所属施設名	(職員数 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()						
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] [FAX]	連絡先		[電話] [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29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(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 年 月 日 (西暦 年)	年齢	歳 (9/1現在55歳まで)	
	氏名								
	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・無	有 の 場 合	【資格種類】 該当に○印		【登録番号】		号	
				社会福祉士・介護福祉士		【登録年月】		平成 年 月 登録	
	他機関の海外研修への参加経験	参加の有無 (該当に○印) 有・無	有 の 場 合	【実施機関】				研修期間	
				【研修先(国名)】				日間	
	(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。	(1)あなたが学びたいこともしくは、学びたいテーマ (2)①広告(介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP) ②紹介 ③その他()							
添付書類	「健康診断書」(1年以内の定期健康診断書等・コピー可)								
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。

(別紙「オセアニア班」様式)

平成29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 年 月 日 (西暦 年)	年齢	歳 (9/1現在55歳まで)	
	氏名								
	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		履歴の嗜好 (該当の日を塗りつぶす)	<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「職種」	(例:課長、主任)				
	現施設での勤続年数 (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・無	有の場合	[資格種類] 該当に○印 社会福祉士・介護福祉士	[登録番号] 号 [登録年月] 平成 年 月 登録	一 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・無		[実施機関] [研修先(国名)]	研修期間 日間					
(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	(1)あなたが学びたいこともしくは、学びたいテーマ (2)①広告(介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP) ②紹介 ③その他()								
添付書類	「健康診断書」(1年以内の定期健康診断書等・コピー可)								
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] [FAX]		連絡先	[電話] [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。