

「宝塚医療大学社会福祉士実習指導者講習会」受講申込書

以下にご記入いただき、メール(sw-sidousha@tumh.ac.jp)に添付してお申込みください。

受講希望期日程

☐第1期 2025年 8月24日(日)、31日(日) ☐第2期 2025年 12月14日(日)、21日(日)

社会福祉士登録の写しを添付してください

1. 申込者氏名		(ふりがな) 氏名	
2. 生年月日		昭和・平成 年(西暦) 年 月 日生	
3. 自宅住所		(〒 —) 都・道・府・県	
4. 勤務先・職種		法人名 施設・事業所名 住所 (〒 —) 電話 施設・事業所の種別 ☐ 高齢者 ☐ 障害者 ☐ 児童 ☐ 低所得者 ☐ 左記以外 職場種類 ☐ 施設福祉 ☐ 在宅福祉 ☐ 医療機関 ☐ 行政機関 ☐ 左記以外	
5. 連絡先(受講決定通知先) 電話・E-mail (昼間連絡が取れるところをお願いします)		☐ 自宅 ☐ 勤務先 (いずれかにチェック) 電話 携帯 E-mail	
6. 社会福祉士取得後の相談援助経験年数		社会福祉資格取得後 年	
7. 社会福祉士の実習指導との関わり		☐ 今後実習指導する予定 ☐ 未定	
8. 社会福祉士登録番号 <u>社会福祉士登録証のコピーを添付してください</u>		登録年月日 年 月 日 登録番号 第 号	
9. 名簿掲載の可否		可 ・ 不可	
※当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布する予定です。名簿への掲載を希望されないかたは、不可に○をしてください。(但し、不可の場合でも氏名は掲載されます)			
10. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な内容を具体的にご記入下さい。			
11. 本学、グループ校の在校生、卒業生、修了生 (¥10,000)		在籍校名 卒業・修了校名 入学年度 卒業・修了年度 年度 年度	
12. 本学本課程における実習生受け入れ (¥10,000)		☐ 現在実習施設として契約している ☐ 実習施設、機関として契約手続き中である	

上記以外の場合は、¥15,000 となります。