社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会

令和5年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和5年　　　月　　　日

令和5年度10月開催（障害者支援）研修会の受講者として次の者を推薦します。

（「※」以外はすべて必要な項目です。記入漏れがないことをお確かめください。）

1. **受講希望者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | |  | | | | |  | | | | | |
| （姓） |  | | | | | | （名） |  | | | | |
| 生年月日 | 昭和　平成 | | | | 年　 月 　 日生 | | | 年齢 | | 歳 | | 性別 | 男　女 |
| 職　種 |  | | | | | | 役職名 | | | |  | | |
| 介護業務経験年数 | 年 | | | ヵ月 | | 現在の施設での経験年数 | | | | | 年 | | ヵ月 |
| ※保有する資格  (保有する場合のみ☑) | 介護福祉士　　社会福祉士　　精神保健福祉士　　介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | ふりがな | | | 法人格 |  |
|  | | |
| 施設・事業所名 | ふりがな | | | 施設種別 |  |
|  | | |
| 障害福祉事業者指定 | 有　　・　　無 |
| 推薦者氏名 | ふりがな | | | 推薦者役職 |  |
|  | | |
| 所在地 | 印 | | | 従業員数 |  |
| 名 | | | | |
| 施設担当者  連絡先 | 担当者名 | ふりがな | （電話番号） | | |
|  | （メールアドレス） | | |
| 地域における  公益的な取組の内容  ※コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在、活動を行っていない場合は、以前または今後予定している活動内容を記入すること。 |  | | | | |

1. **受講希望者の所属施設・事業所**

（センター記入欄）　推薦団体No.　　　　確認欄　　　　　受講者No.丸

1. **参加目的及び獲得目標**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加目的  （200字程度） |  |
| 獲得目標  （200字程度） |  |

（注）１．参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ記入すること（他施設の受講者との交流やネットワー

クの構築といったことを除く）。

２．獲得目標は２つ以上とすること。

1. **推薦団体先記入欄**

|  |
| --- |
| 令和5年　　月　　日  （自治体名）  （担当部・課）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（部・課）長  （担当者）　　　　　　　　　　　　 　　 （連絡先）TEL  公益財団法人　社会福祉振興･試験センター　　理事長　橋　本　正　明　　様 |

○推薦書に記載された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。