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4年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和4年　　　月　　　日

令和4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。

1. 受講希望者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな |  | | | |  | | | 性別 | | 男  女 | 顔　写　真  （胸から上の顔写真）  縦4.5㎝×横3.5㎝  （パスポートサイズ）  又は  縦4㎝×横3㎝  （履歴書用サイズ） |
|  | | | | |  | | |
| 生年月日 | 昭和 | | 年　 月 　 日生 | | | | 年齢 | 歳 | | | |
| 平成 | |
| 職　種 |  | | | | 役職名 | | |  | | | |
| 支援業務等経験年数 | 年 | | | ヵ月 | 現在の施設での経験年数 | | | 年 | | ヵ月 | |
| 保有する資格 | 介護福祉士　　社会福祉士　　精神保健福祉士　　相談支援専門員 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | ふりがな | | | 法人格 |  |
|  | | |
| 施設・事業所名  （名札に記載） | 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  ※コロナ禍により、現在、活動を行っていない場合、コロナ禍以前の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ものとし、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. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無

|  |  |
| --- | --- |
| 伝達研修 | 有　　　　　・　　　　無 |
| 獲得目標の実践 | 有　　　　　・　　　　無 |

1. 推薦団体先記入欄

|  |
| --- |
| 令和4年　　月　　日  （自治体名）  （担当部・課）  （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。