

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<div>顔 写 真 (胸から上の顔写真) 縦 4.5 cm × 横 3.5 cm (パスポートサイズ) 又は 縦 4 cm × 横 3 cm (履歴書用サイズ)</div>
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生	年齢	歳			
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員						

2. 受講希望者の所属施設・事業所

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	有 無
			障害福祉事業者指定	
推薦者氏名	ふりがな		推薦者役職	
	印			
所 在 地			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。				

3. 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。

4. 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 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
獲得目標の実践	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>

5. 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、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。

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 記入例(表面)

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 7月 1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	姓	性別	顔写真 (胸から上の頭部写真) 縦4.5cm×横3.5cm (パスポートサイズ) 又は 縦4cm×横3cm (履歴書用サイズ)
生年月日	昭和40年 10月 23日生	年齢	27歳	
職種	生活支援員	役職名	なし	
支援業務等経年数	4年	現在の施設での経年数	4年	6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			

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな	社会福祉法人	法人格	社会福祉法人
施設・事業所名 (名称に記載)	ふりがな	グループホーム	施設種別	共同生活援助
推薦者氏名	ふりがな	〇〇 〇〇	推薦者役職	施設長
所在地	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷二丁目〇番地〇号		従業員数	10名
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな	電話番号	00-0000-0000
			(メールアドレス)	aaa@aa.aa.jp
地域における 公益的な取組の内容	(例) ・ふれあい食堂の開設・運営 ・活動を行っている 場合、コロナ禍以前 の活動内容を記入す ること。			

(センター記入欄) 推薦団体No. ☐ 確認欄 ☐ 受講者No. ☐

はじめに

- ☐ 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- ☐ 受講申込には都道府県等の推薦を受ける必要があります。都道府県等が指定する期限までに必要事項を記入し、推薦の依頼をしてください。(～県 障害福祉課etc...)
- ☐ 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当部までご連絡下さい。

(記入日について)
推薦書の作成日をご記入ください。

(受講希望者欄について)

- 各項目について記入漏れがないようご注意ください。
- 顔写真は申込6ヵ月以内に撮影した、縦4.5cm×横3.5cm(又は縦4cm×横3cm)の鮮明な写真を貼付してください。
- 経験年数は研修会開催日(令和4年10月17日)を基準としてください。
- 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき記入してください。
- 保有する資格については、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、障害支援専門員のうち、保有する資格にチェックを入れてください。

(受講希望者の所属施設・事業所欄について)

- 法人格は社会福祉法人・財団法人等を記入してください。
- 施設種別は受講者が所属している社会福祉施設種別または事業種別を記入してください。
- 従業員数は記入日時点での所属施設常勤職員数を記入してください。

(連絡先について)

- 本研修に関し窓口となる施設担当者名・電話番号・メールアドレスを記入してください。(受講者不可)
- 書類確認のご連絡等、担当者様へ研修会に関する照会をさせていただくことがあります。

(地域における公益的な取組の内容について)

- 活動の目的と具体的な活動内容を記入してください。
- 記入欄が足りない場合は別紙に記入しても構いません。
- 新型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、以前の活動内容をご記入ください。

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 記入例(裏面)

1. 参加目的及び獲得目標

参加目的
(200字程度)

(例)
・所属施設において現在発生している○○○といった課題や近い将来発生すると考えられる○○○といった問題に関する課題や対応策を整理し・・・
・地域コミュニティの衰退、地域の助け合い(支え合い)の希薄化などを踏まえ、施設及び法人全体で果たすべき役割や取り組みについて(研修科目)により解決策を見出したく・・・

獲得目標
(200字程度)

(例)
・参加目的○○○○○を踏まえ、△△△△△問題又は、□□□□といった課題の解決に必要なと考えられる具体策やその実施方法を(研修科目)により習得することを目的とし・・・

2. 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

獲得目標の実践

有 ☒ 有 ☒ 無 ☐ 無 ☐

3. 推薦団体先記入欄

令和4年 7月 1日

(自治体名) ○○県(市)
(担当部・課) 障がい福祉部(課)
(担当者) ○○ ○○ (連絡先) TEL 00-0000-0000 (内線 0000)
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ためであり、第三者に提供することはありません。

(参加目的について)
・参加目的は200字程度を目安に記入して下さい(受講者同士の交流、ネットワーク形成等は除く)。
・記入欄が不足する場合は別紙に記入の上、推薦書類に添付して下さい。
・参加目的は、原則として所属施設・事業所の問題・課題の解消又は地域の問題・課題への貢献等であること。

(獲得目標について)
・獲得目標は200字程度を目安に2つ以上記入して下さい。
・記入欄が不足する場合は別紙に記入の上、推薦書類に添付して下さい。
・獲得目標は参加目的と関連性の高い研修科目に基づいた具体的な課題、目的を記入すること。
・獲得目標が不明又は未記入の場合は受講対象となりません。

(伝達研修及び獲得目標の実践の有無)
・本研修会終了後に法人・施設(事業所)内での伝達研修の有無についてご回答下さい。
・獲得目標の実践については、本研修会で獲得した成果について法人・施設(事業所)内で実践の予定の有無についてご回答下さい。

(推薦団体記入欄について)
・推薦団体先は都道府県・政令指定都市・中核市等が記入する欄です。法人・施設担当者は記入しないでください。
(都道府県・政令指定都市・中核市ご担当者様へ)
・日付欄は推薦日を記入してください。
・推薦書の各欄に不備がないかご確認の上、推薦団体先記入欄へ記入をお願いいたします。

※個人情報取り扱いについて
推薦書に記載された個人情報、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが実施する事業に使用するためであり、第三者に提供することはありません。