

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)
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 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		[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			
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]				[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 所属長からの推薦書

		作成日	平成29年	月	日
施設名 及び所在地 (法人名も記入すること)	<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 100px;">職印</div>				
代表者 (役職・氏名)					
電話番号					

標記海外研修・調査の参加について、以下の者を推薦します。

フリガナ					
氏 名					
所属施設名					
現施設の 採用年月	昭 和	年	月	※ 現施設の勤務年数が5年未満の場合は、 同一法人における採用年月を記入	
職 種	(例:介護職員、生活支援員等)				
役 職	(例:主任、ユニットリーダー等)				
推薦理由  (欄に収まらない場合は、 別紙添付可)					

《作成上の注意》

- ① 申込者1名につき、1枚作成する。
- ② 証明者は、原則として「所属施設長」が行う。

(別 紙)

平成 29 年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査  
派遣者選考基準

都道府県・政令指定都市等及び社会福祉法人日本保育協会からの推薦者に対し、海外研修の普及効果等を考慮の上、下記の基準項目により派遣者を選考することとする。

(選考の基準項目)

- ・ 実施要綱上の派遣対象者の条件を満たしている者
- ・ 各都道府県・政令指定都市を平準化させる
- ・ 過去派遣の少ない都道府県・政令指定都市を優先する
- ・ 過去 5 か年に派遣した同一法人からの申込者は劣後する
- ・ 推薦理由、資格及び経験年数等を考慮する