

平成30年度 民間社会福祉施設職員等海外研修・調査 推薦回答書

標記海外研修・調査の参加適格(希望)者について、以下のとおり回答します。

1 推薦者(都道府県・指定都市)

※自治体または担当部署の公印

- ① 都道府県・指定都市名称 _____ 県(市) 印
- ② 担当部署 _____
- ③ 主管課 _____
- ④ 担当者名 _____
- ⑤ 電話番号 _____ (内線) _____

2 参加適格(希望)者

- ① 参加適格(希望)者の有無 _____ 有 ・ 無 ※参加適格(希望)者がある場合は、
②③にも記入

- ② 参加適格(希望)者数 _____ 名

- ③ 参加適格(希望)者名・所属

班名	氏名	所属施設名
ヨーロッパ班 (高齢者施設の職員)		
北米班 (障害児・者施設の職員)		
オセアニア班 (高齢者施設の職員)		

※複数人数の場合は、行を増やして記入

公益財団法人社会福祉振興・試験センター
理事長 根本 嘉昭 様

平成30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（高齢者福祉関係）】

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。

申 込 者	フリガナ			性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	氏 名						(西暦	年)			(9/1現在)	
	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)											
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	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	〔登録番号〕	号					
					社会福祉士・介護福祉士	〔登録年月〕	平成 年 月 登録					
	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〕	研修期間						
					〔研修先(国名)〕	日間						
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	(1)応募理由	(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。	(2)①介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()										
	健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配										
	イ・ウと回答した方はその理由を 記入してください。											
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	フリガナ						フリガナ					
	所属法人名						現所属 施設名					
	施設種類											
	フリガナ						フリガナ					
	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	〒				
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	連絡先	〔電話〕					連絡先	〔電話〕				
		〔FAX〕						〔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30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【北米班（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。

申 込 者	フリガナ			性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	氏 名						(西暦		年)			(9/1現在)
	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)											
申 込 者	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	← 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〕	〔登録年月〕 平成 年 月 登録						
					〔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)応募理由 (2)① 介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()										
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配											
イ・ウと回答した方はその理由を記入してください。												
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	フリガナ						フリガナ					
	所属法人名						現所属施設名					
	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()										
	フリガナ						フリガナ					
	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〕					連 絡 先	〔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30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【オセアニア班（高齢者福祉関係）】

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。

申 込 者	フリガナ			性 別	男・女	生年月日 (年号及び西暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (9/1現在)	
	氏 名						(西暦		年)				
	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	← 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〕							研修期間	
					〔研修先(国名)〕							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)応募理由											
		(2)介護専門誌介護福祉、福祉新聞、WAM、HP ②紹介 ③その他()											
健康状態	ア 良好 イ やや気になる ウ 心配												
イ・ウと回答した方はその理由を 記入してください。													
申 込 者 所 属 法 人・ 施 設	フリガナ						フリガナ						
	所属法人名						現所属 施設名						
	施設種類												
	フリガナ						フリガナ						
	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〕					連 絡 先	〔電話〕						
	〔FAX〕						〔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30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30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。