

# 令和6年度 児童福祉司資格認定通信課程 受講申込書 WEB用

中央福祉学院長 様

\* 記入日：令和6年 月 日

下記の者に標記課程を受講させたく申し込みます。

\* 問合せ担当者： \_\_\_\_\_

(TEL： \_\_\_\_\_ )

## 申込者記入

役職名

申込者(所属長)氏名

公 印

\*公印のない場合、申込は受付いたしません

↓ \*の項目は必須記入です。必須項目に記入もれのある場合、申し込みは無効となります。

* 1	受講希望者氏名(カナ)	姓	<input style="width: 100%;" type="text"/>	名	<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 2	受講希望者氏名(漢字)	姓	<input style="width: 100%;" type="text"/>	名	<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 3	生年月日		<input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日		西暦で記入
* 4	性別		<input type="checkbox"/> 1…男 <input type="checkbox"/> 2…女		
* 5	自宅住所	〒	<input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>		←間違い多発!要注意
			<input style="width: 20px;" type="text"/> 都・道 <input style="width: 20px;" type="text"/> 府・県		<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 6	自宅電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
	7 自宅FAX番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 8	携帯電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>		
* 9	メールアドレス		<input style="width: 100%;" type="text"/>	@	<input style="width: 100%;" type="text"/>

令和6年4月1日現在の状況を記入してください。

* 10	勤務先経営区分	<input style="width: 20px;" type="text"/>	3…公立公営
* 11	勤務先法人区分	<input style="width: 20px;" type="text"/>	別表2をご覧ください。
* 12	勤務先名		<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 13	勤務先部署名		<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 14	勤務先種別		<input style="width: 20px;" type="text"/> 別表3をご覧ください。 その他の場合具体的に⇒( )
* 15	受講希望者の現職種		<input style="width: 20px;" type="text"/> 別表4をご覧ください。 その他の場合具体的に⇒( )
* 16	勤務形態		<input type="checkbox"/> 1…常勤 <input type="checkbox"/> 2…非常勤
* 17	勤務先住所	〒	<input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> ←間違い多発!要注意
			<input style="width: 20px;" type="text"/> 都・道 <input style="width: 20px;" type="text"/> 府・県
			<input style="width: 100%;" type="text"/>
* 18	勤務先電話番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> 内線 <input style="width: 20px;" type="text"/>
* 19	勤務先FAX番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>
* 20	教材の希望送付先		<input type="checkbox"/> 1…自宅 <input type="checkbox"/> 2…勤務先(未記入の場合は勤務先にお送りします)
* 21	経験年数(令和6年4月1日現在)	現職経験年数	<input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> ヵ月 福祉関連通算経験年数 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> ヵ月
* 22	最終学歴		<input type="checkbox"/> 1…大学院修了 <input type="checkbox"/> 2…4年制大学卒業
23	取得済資格		<input style="width: 100%;" type="text"/> 別表5をご覧ください。すでに取得した資格の数字をお書きください。
* 24	研修案内等の送付		<input type="checkbox"/> 上記住所に全国社会福祉協議会からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、希望されない場合は「2」をご記入ください(未記入の場合は「1」とさせていただきます)。
25	その他特記事項		特別な配慮が必要な内容をご記入ください(例:「聴覚障害のため、手話通訳が必要」、「車椅子(持参)を使用」等)

中央福祉学院記入欄

取りまとめ自治体

受付番号  -

・申込書の提出先は、各都道府県・指定都市・中核市社会福祉研修主管部(局)です。