

# 令和6年度 社会福祉施設長資格認定講習課程 受講申込書 WEB用

中央福祉学院長 様

下記の者に標記課程を受講させたく申し込みます。

\* 記入日： 年 月 日

\* 問合せ担当者： \_\_\_\_\_

(TEL: \_\_\_\_\_)

## 施設長就任(予定)先法人

法人名

法人代表者役職名

法人代表者名

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。

\* 0 申込書提出先

1…中央福祉学院直送 2…管轄の自治体(各社会福祉研修主管部(局))

申込書の提出先は、提出時期により異なります。詳しくは3ページをご確認ください。

\* 1 受講希望者氏名(カナ)

姓           名

\* 2 受講希望者氏名(漢字)

姓           名

\* 3 生年月日

年   月   日 西暦で記入

\* 4 性別

1…男 2…女

\* 5 自宅住所

〒     -       都・道  
府・県

\* 6 自宅電話番号

-       -

7 自宅FAX番号

-       -

\* 8 携帯電話番号

-       -

\* 9 メールアドレス

@

## 〔現勤務先〕

令和6年4月1日現在、在籍している勤務先の情報をご記入ください。

\* 10 勤務先経営区分

1…民立民営 2…公立民営 3…公立公営(経営区分については7ページをご覧ください)

\* 11 勤務先法人名

法人区分(別表2参照)   法人名

\* 12 勤務先名

\* 13 勤務先部署名

\* 14 勤務先種別

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(令和6年4月1日現在)

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

1…常勤 2…非常勤

\* 17 勤務先住所

〒     -       都・道  
府・県

\* 18 勤務先電話番号

-       -     内線

\* 19 勤務先FAX番号

-       -

\* 20 教材の希望送付先

1…自宅 2…勤務先〔現勤務先住所地へ発送します〕(未記入の場合は勤務先にお送りします)  
※受講決定通知、教材等を確実に受け取れる先をご記入ください。

\* 21 経験年数(令和6年4月1日現在)

現職経験年数   年   か月 福祉事業通算経験年数   年   か月

\* 22 施設長就任(予定)年月

年   月

裏面も必ずご記入ください⇒

中央福祉学院記入欄

取りまとめ自治体

受付番号     -

