

# 星槎道都大学 精神保健福祉士実習指導者講習会受講申込書（締切：10月2日）

<本申込書は適宜コピーしてご使用ください>

※記入間違いのないように、はっきりご記入ください。1から4(登録番号)の項目は、修了証にそのまま記載されます。

| 項目説明                                                                                               | 記入欄（この枠内に、ご記入ください）                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>（ふりがな）</b><br><b>1. 氏名</b> （性別）<br><b>精神保健福祉士登録証と同じ氏名をお書きください。</b>                              | <b>（ふりがな）</b><br><b>氏名</b> （男・女）                                                                                                                             |
| <b>2. 生年月日</b>                                                                                     | 西暦 年 月 日生                                                                                                                                                    |
| <b>3. 自宅住所</b>                                                                                     | （〒 - ） （ - 都道府県 ）<br>アパート・マンション名                                                                                                                             |
| <b>4. 精神保健福祉士登録年と登録番号、登録後の相談援助業務の経験年数（精神保健福祉士登録証コピーを必ず添付）</b>                                      | <b>登録年：平成・令和 年</b><br><b>国家資格登録番号：第 号</b><br><b>登録後の経験年数： 年</b>                                                                                              |
| <b>5. 勤務先機関について</b><br>※必ず経営主体の法人格から正式名称をお書きください。<br>法人格の例：医療法人〇〇会 〇〇病院など<br>※勤務先種別は、番号に○を付けてください。 | (法人格名称) _____<br>(機関名称) _____<br>勤務先種別：1.医療機関 2.行政機関 3.地域の事業所等 4.その他の実習指定施設<br>5.実習指定施設以外 6.勤務先なし<br>TEL - - FAX - -<br>E-mail _____                         |
| <b>6. 受講通知等の送付先</b>                                                                                | 送付先区分：□勤務先（下記所在地を記入のこと）・□自宅<br>所在地（〒 - ）                                                                                                                     |
| <b>7. 日中連絡のつく電話番号</b>                                                                              | TEL - - （□勤務先 □自宅 □携帯電話）                                                                                                                                     |
| <b>8. 精神保健福祉士としての「実習指導のかかわり」</b><br><b>※いずれか1つを選択</b>                                              | <input type="checkbox"/> 現に実習指導をしている<br><input type="checkbox"/> 来年度実習受入れ決定<br><input type="checkbox"/> 今後、実習指導をする予定<br>◆資格取得後の実習指導経験年数 年／指導した実習生のおおよその人数： 人 |
| <b>9. 同一職場（同一法人ではない）の精神保健福祉士実習指導者「講習会修了者の有無」</b>                                                   | <input type="checkbox"/> 修了者がいる ・ <input type="checkbox"/> 修了者がいない                                                                                           |
| <b>10. 受講時に配慮をご希望の方は具体的に記入下さい。</b>                                                                 |                                                                                                                                                              |
| <b>11. 申込年月日</b>                                                                                   | 西暦 年 月 日                                                                                                                                                     |

<個人情報の取り扱い> 本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本事業の実施以外の目的には使用しません。この範囲を超えて利用する場合は本人の同意を得た上で行います。

<研修修了者の報告> 厚生労働省から示されている「精神保健福祉士実習指導者講習会の実施について」（平成23年8月5日障発0805第7号）の規定により、講習会開催校は講習会を修了者した方を名簿一覧にして、報告をする義務が課せられております。また、一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟にも、修了者名簿を提供いたします。