

2021年度 長崎県精神保健福祉士実習指導者講習会
受講申込書 ※申込期間:12/13~2/7(必着)

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1.申込年月日 | | 年 月 日 | |
| 2.氏名(ふりがな) ※精神保健福祉士登録証と同じ氏名をご記入ください。 | | | |
| ※参加者配付名簿の備考欄に登録証と別の名字を希望される方はご記入ください。 | | | |
| 3.性別 男・女 | 4.生年月日 西暦 年 月 日生 | | |
| 5.自宅住所・連絡先(〒 —) | | | |
| TEL: /FAX: | | 携帯: E-mail: @ | |
| 6.精神保健福祉士登録年・登録番号 | 登録年:平成・令和 年 国家資格登録番号: 第 号 | 7.精神保健福祉士登録証の写しを添付しました。 <input type="checkbox"/> ※チェック | |
| 8.勤務先機関について ※必ず経営主体の法人格から正式名称をご記入ください。 例)「医療法人〇〇会 〇〇病院」「特定非営利活動法人〇〇会 地域活動支援センター〇〇」等 (法人名) (施設名) (勤務先住所・連絡先)(〒 —) | | | |
| TEL: /FAX: | | E-mail: @ | |
| 9.勤務先種別 ※該当する番号に○を付けてください。 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() 5)実習指定施設以外() 6)勤務先なし | | | |
| 10.受講修了証の送付先 | ※いずれかにチェックを入れてください。 送付先区分: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| 11.日中連絡のつく電話番号 | ※いずれかにチェックを入れてください。 連絡先区分: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 | | |
| 12.精神保健福祉士としての実習指導のかかわり ※いずれかにチェックを入れてください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 現に実習を指導している、または指導経験有。→ <input type="checkbox"/> 実習指導の経験はない。 | | 資格取得後の実習指導経験年数 ___年 指導した実習生の人数 ___人 | |
| 13.資格取得後の実務経験の年数 ___年 | | | |
| 14.受講時に配慮を希望される方は、具体的にご記入ください。 | | | |
| 15.オンライン研修の禁止事項への同意 | | | |
| 年 月 日 氏名 | | | |

【個人情報の取り扱い】個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。得られた情報は本事業以外の目的で使用せず、この範囲を超えて使用する場合は本人の同意を得て行います。