

2023年度 埼玉県立大学 社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書（2枚中1枚目）

※1～3は修了証に記載される事項です。楷書で正確に記入してください。

1 氏 名	フリガナ	
	(姓)	(名)
2 生年月日	昭和・平成 年（西暦 年） 月 日生	
3 自宅住所	〒 —	() 都・道・府・県
	(自宅電話) — —	(携帯電話) — —
4 勤務先等	法人名称等	
	施設・機関の名称	
	施設・事業の種別	
	職名等	
	本学実習の受入	<p>※いずれかの□に✓を入れてください 埼玉県立大学の社会福祉士関連実習を</p> <p>①受け入れた実績について</p> <p><input type="checkbox"/> 受け入れたことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 受け入れたことがない</p> <p>②（県立大学の）今後の実習受け入れについて</p> <p><input type="checkbox"/> 2023年度から受け入れ可能である</p> <p><input type="checkbox"/> 2024年度から受け入れ可能である</p> <p><input type="checkbox"/> 時期は明確でないが今後受け入れ可能である</p> <p><input type="checkbox"/> 受け入れは難しい・未定</p> <p>③実習生の住所地指定について</p> <p>実習生の住所地（管轄）指定</p> <p><input type="checkbox"/> あり（<input type="checkbox"/>在住・管轄のみ <input type="checkbox"/>在住・管轄以外）</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
5 連絡先住所等	〒 —	() 都・道・府・県
<p>※ 受講決定通知の送付先となります。</p> <p>※ 勤務先の場合には、勤務先名称を記入してください。</p> <p>※ 日中に連絡可能な電話番号を記入してください。</p>	(住所)	
	(勤務先等名称)	
	電話 — —	FAX — —
	メールアドレス（※必須）	
6 社会福祉士の登録年月日 と登録番号	(登録年月日) 西暦 年 月 日	
	(登録番号) 第	号

