

平成29年度社会福祉士・精神保健福祉士 実習演習担当教員講習会 受講申込書

(ふりがな)	戸籍上の姓	名	(旧姓)※修了証に表記が必要な場合のみ記入		写真 (4.0×3.0) ※スナップ写真不可 ※写真の裏に氏名を記載			
①氏名								
②生年月日	S・H	年(西暦)	年	月	日	③性別		
④勤務・所属先名称及び専任非常勤の別 ※学校の場合は、学部学科名まで記載 ※在学中の方は所属している学校を記載	勤務先・所属先名称(大学院在学中の方は学校名を記載)			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 非常勤			
⑤現在の居所 ※マンション名等も記載 ※修了証に印字されます	(〒 -) _____ 都・道・府・県							
⑥資料送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先	⑦送付先が所属先の場合、その住所			(〒 -) _____ 都・道・府・県				
⑧連絡先	日中の連絡先 (携帯電話等)		FAX		E-mail			
⑨最終学歴	最終学歴(学校名)		<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 修了見込み	学位(学問領域) 例)社会福祉学修士	研究領域 例)就労支援			
⑩社会福祉士資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (西暦) _____ 年資格取得・登録番号 _____ 番 ※(注4)参照							
⑪精神保健福祉士資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (西暦) _____ 年資格取得・登録番号 _____ 番 ※(注4)参照							
⑫既に受講済みの教員講習分野 ※(注5)参照	社会	<input type="checkbox"/> 基礎分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____) <input type="checkbox"/> 実習分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____) <input type="checkbox"/> 演習分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____)						
	精神	<input type="checkbox"/> 基礎分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____) <input type="checkbox"/> 実習分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____) <input type="checkbox"/> 演習分野講習 (受講会場 _____ 会場/受講番号 _____ - _____)						
⑬社会・精神養成課程におけるTAの経験※(注6)参照 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)								
※(注7)参照 ⑭主な教育歴	社会	実習 実習指導	養成校名	役職	専任・非常勤の別	平成29年4月1日現在で記入 (年数は満年数で月数は切り捨て)		
		演習				期間(年は西暦で記入)	年数	
	精神	実習 実習指導					自: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		演習					至: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
※(注8)参照 ⑮経主歴実務	社会		施設・機関名	指定施設での業務内容	専任・非常勤の別	平成29年4月1日現在で記入 (年数は満年数で月数は切り捨て)		
						期間(年は西暦で記入)	年数	
責任者及び演習署名担当(非常勤)の別開科と勤務(予定)年月務校	社会	担当(予定)科目		主たる勤務(予定)養成校名	担当開始(予定)年月	専任・非常勤の別		
		<input type="checkbox"/> 相談援助実習			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤		
		<input type="checkbox"/> 相談援助実習指導			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤		
	<input type="checkbox"/> 相談援助演習			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤			
上記を証明する者の署名・印 ※上記の主たる勤務(予定)校所属長・学部長等の責任者 ※(注9)								
養成校名: _____ 所属・役職: _____ 氏名: _____ 印								
精神	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉援助実習			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉援助実習指導			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉援助演習			年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤			
上記を証明する者の署名・印 ※上記の主たる勤務(予定)校所属長・学部長等の責任者 ※(注9)								
養成校名: _____ 所属・役職: _____ 氏名: _____ 印								

⑩受講希望講習分野・受講希望会場

社会福祉士		精神保健福祉士	
【社会:基礎分野講習】(1日) <small>※社会福祉士有資格者の場合、受講免除です ※社会福祉士資格を有しない方は、必ず受講して下さい。基礎分野講習を修了しなければ、実習分野、演習分野講習は受講できません。</small> 東京C会場:7月16日(日)		【精神:基礎分野講習】(1日) <small>※精神保健福祉士有資格者の場合、受講免除です ※精神保健福祉士資格を有しない方は、必ず受講して下さい。基礎分野講習を修了しなければ、実習分野、演習分野講習は受講できません。</small> 東京P会場:7月15日(土)	
<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない		<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない	
【社会:実習分野講習】(4日) ※受講できない第2希望、第3希望にチェックを入れないでください		【精神:実習分野講習】(4日) ※受講できない第2希望、第3希望にチェックを入れないでください	
<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない		<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない	
第1希望	<input type="checkbox"/> 東京CJ①(8/7~10) <input type="checkbox"/> 東京CJ②(8/22~25) <input type="checkbox"/> 京都CJ (9/5~8)	第1希望	<input type="checkbox"/> 東京PJ(8/29~9/1) <input type="checkbox"/> 京都PJ(9/5~8)
第2希望	<input type="checkbox"/> 東京CJ①(8/7~10) <input type="checkbox"/> 東京CJ②(8/22~25) <input type="checkbox"/> 京都CJ (9/5~8)	第2希望	<input type="checkbox"/> 東京PJ(8/29~9/1) <input type="checkbox"/> 京都PJ(9/5~8)
第3希望	<input type="checkbox"/> 東京CJ①(8/7~10) <input type="checkbox"/> 東京CJ②(8/22~25) <input type="checkbox"/> 京都CJ (9/5~8)		
【社会:演習分野講習】(4日) ※受講できない第2希望、第3希望にチェックを入れないでください		【精神:演習分野講習】(4日) ※受講できない第2希望、第3希望にチェックを入れないでください	
<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない		<input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない	
第1希望	<input type="checkbox"/> 東京CE①(8/1~4) <input type="checkbox"/> 東京CE②(8/7~10) <input type="checkbox"/> 京都CE (9/5~8)	第1希望	<input type="checkbox"/> 東京PE(8/22~25) <input type="checkbox"/> 京都PE(9/5~8)
第2希望	<input type="checkbox"/> 東京CE①(8/1~4) <input type="checkbox"/> 東京CE②(8/7~10) <input type="checkbox"/> 京都CE (9/5~8)	第2希望	<input type="checkbox"/> 東京PE(8/22~25) <input type="checkbox"/> 京都PE(9/5~8)
第3希望	<input type="checkbox"/> 東京CE①(8/1~4) <input type="checkbox"/> 東京CE②(8/7~10) <input type="checkbox"/> 京都CE (9/5~8)		

⑪身体障害等で配慮が必要な場合はその内容

⑫平成29年度SSW教育課程専門科目群担当教員講習会申込状況(注11)	S S W	担当(予定)科目	主たる勤務(予定)養成校名	担当開始(予定)年月	専任・非常勤の別
		<input type="checkbox"/> スクール(学校)ソーシャルワーク論		年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤
<input type="checkbox"/> スクール(学校)ソーシャルワーク演習		年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤		
<input type="checkbox"/> スクール(学校)ソーシャルワーク実習・実習指導		年 月	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 非常勤		
申込状況	<input type="checkbox"/> 平成29年度SSW教育課程専門科目群担当教員講習会 申し込み済(予定含む)				

【必ずお読み下さい】

(注1) 本申込書中の「社会」及び「精神」とは、「社会」は「社会福祉士」、「精神」は「精神保健福祉士」を指します。

(注2) 本申込書中の「実習科目」及び「演習科目」とは、社会福祉士及び精神保健福祉士の養成に係るもののみを指し、「社会福祉士援助技術現場実習」は「相談援助実習」に、「社会福祉士援助技術現場実習指導」は「相談援助実習指導」に、「社会福祉士援助技術演習」は「相談援助演習」に読み替えるものとします。

(注3) 申込者多数の場合は受講できない場合がありますので、予めご了承の上、お申し込みください。

(注4) 社会福祉士、精神保健福祉士有資格者は、必ず登録書の写しを添付してください。

(注5) 既に受講済みの講習分野がある場合は、必ず修了証の写しを添付してください。

(注6) 「TA」とは、ティーチング・アシスタントのことです。社会福祉士養成課程または精神保健福祉士養成課程においてTAの経験がある方のみ記入してください。

(注7) 「社会」の欄には、社会福祉士養成課程の実習・演習科目担当歴のみを記入し、「精神」の欄には、精神保健福祉士養成課程の実習・演習科目担当歴のみを記入してください。保育士、介護福祉士、医師、看護師、臨床心理士等他資格の担当歴は記入しないでください。

(注8) 「社会」の欄には、社会福祉士資格取得後の実務経験歴を、「精神」の欄には、精神保健福祉士資格取得後の実務経験歴を記入してください。なお、実務経験の対象となる業務は、社会福祉士の場合は「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲について」別添1(昭和63年2月12日付社第29号)を、精神保健福祉士の場合は「指定施設における業務の範囲等について」(平成23年8月5日付障発0805第4号)を参照してください。

(注9) 実習演習科目を担当予定の方は、主たる勤務予定養成校の課程責任者から今後担当する予定である旨の証明をもらってください。

(注10) お預かりした個人情報は、本連盟の運営目的及び本連盟が実施する養成教育内容の向上に関する事業に使用することがあります。その際は、個人が特定されないように留意します。予めご了承ください。

(注11) スクール(学校)ソーシャルワーク教育課程認定事業におけるスクール(学校)ソーシャルワーク専門科目群を担当する予定がある方のみ記入してください。スクール(学校)ソーシャルワーク教育課程認定事業やスクール(学校)ソーシャルワーク課程の教員要件等詳細については、ソ教連SSWホームページ(<http://www.jaswe.jp/ssw.html>)で確認してください。