

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和4年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書

令和4年 月 日

令和4年度7月開催（高齢者介護）研修の受講者として次の者を推薦します。

1. 受講希望者

氏名	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	顔写真 （胸から上の顔写真） 縦4.5cm×横3.5cm （パスポートサイズ） 又は 縦4cm×横3cm （履歴書用サイズ）
					<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	日生	年齢	歳	
	<input type="checkbox"/> 平成					
職種	役職名					
介護業務経験年数	年	ヵ月	現在の施設での経験年数	年	ヵ月	
保有する資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員					

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな			法人格		
施設・事業所名 （名札に記載）	ふりがな			施設種別		
				介護保険指定	有	無
推薦者氏名	ふりがな			推薦者役職		
					印	
所在地	〒			従業員数	名	
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな		（電話番号）		
				（メールアドレス）		
地域における 公益的な取組の内容						

（センター記入欄） 推薦団体 No. 確認欄 受講者 No.

3. 参加目的及び獲得目標

参加目的 (200字程度)	
獲得目標 (200字程度)	

- (注) 1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ記入するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。
 2. 獲得目標は2つ以上とすること。

4. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無

伝達研修	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
獲得目標の実践	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>

5. 推薦団体先記入欄

令和4年 月 日	
(自治体名) _____	
(担当部・課) _____	(部・課)長
(担当者) _____	(連絡先) TEL _____
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 理事長 橋本正明 様	

○推薦書に記載された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。