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合宿研修会

2019年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書

2019年　　　月　　　日

2019年度7月開催（高齢者介護）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 | | □男  □女 | 顔　写　真  （胸から上の顔写真）  縦4.5㎝×横3.5㎝  （パスポートサイズ）  **※この写真は研修報告書の写真として使用します。** |
|  | | | |  | | |
| 生年月日 | □昭和 | 年　　月　　日生 | | | | 年齢 | 満　　　歳 | | | |
| □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 |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | ふりがな | | | 法人格 |  |
|  | | |
| 施設・事業所名 | 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 | 〒 | | |  |  |
|  | | | 利用者数 | 名 |
| 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 |  | | | | |

1. 受講希望者の所属施設・事業所
2. 推薦団体先記入欄

|  |
| --- |
| 2019年　　月　　日  課（部）長  （推薦団体）    （主管課）　　　　　　　　 　　 担当者氏名  電話番号　　　　　　　　　　（内線）  公益財団法人　社会福祉振興･試験センター　　理事長　根　本　嘉　昭　　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。

（センター記入欄）　推薦団体No.　　　　　確認欄　　　　　受講者No.