

令和7年度 児童福祉司資格認定通信課程受講申込書

中央福祉学院長 様

* 記入日: 年 月 日

下記の者に標記課程を受講させたく申し込みます。

* 問合せ担当者: _____

(TEL: _____)

申込者記入

役職名 申込者(所属長)氏名

公 印

*公印のない
場合、申込
は受付いた
しません

↓ *の項目は必須記入です。必須項目に記入もれのある場合、申し込みは無効となります。

* 1 受講希望者氏名(カナ)	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
* 2 受講希望者氏名(漢字)	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
* 3 生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日 西暦で記入
* 4 性別	<input type="checkbox"/> 1…男 <input type="checkbox"/> 2…女	
* 5 自宅住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ← 間違い多発!要注意	
	<input type="text"/> 都・道 府・県 <input type="text"/>	
* 6 自宅電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
7 自宅FAX番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
* 8 携帯電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
* 9 メールアドレス	<input type="text"/>	
<small>※受講案内P9【その他】 をご確認ください</small>	@ <input type="text"/>	

令和7年4月1日現在の状況を記入してください。

* 10 勤務先経営区分	<input type="text"/> 3 3…公立公営
* 11 勤務先法人区分	<input type="text"/> 別表2をご覧ください。
* 12 勤務先名	<input type="text"/>
* 13 勤務先部署名	<input type="text"/>
* 14 勤務先種別	<input type="text"/> 別表3をご覧ください。 その他の場合具体的に→()
* 15 受講希望者の現職種	<input type="text"/> 別表4をご覧ください。 その他の場合具体的に→()
* 16 勤務形態	<input type="checkbox"/> 1…常勤 <input type="checkbox"/> 2…非常勤
* 17 勤務先住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ← 間違い多発!要注意
	<input type="text"/> 都・道 府・県 <input type="text"/>
* 18 勤務先電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 内線 <input type="text"/>
* 19 勤務先FAX番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

* 20 教材の希望送付先	<input type="checkbox"/> 1…自宅 <input type="checkbox"/> 2…勤務先(未記入の場合は勤務先にお送ります)
* 21 現勤務地での現職経験年数 (令和7年4月1日現在)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月
* 22 福祉事業通算経験年数 (令和7年4月1日現在)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヵ月
* 23 最終学歴	<input type="checkbox"/> 1…4年制大学卒業後、大学院修了 <input type="checkbox"/> 2…4年制大学卒業
24 取得済資格	<input type="text"/> 別表5をご覧になり、すでに取得した資格の数字をお書きください。
* 25 研修案内等の送付	<input type="checkbox"/> 上記住所に全国社会福祉協議会からの研修、出版物の案内送付を希望する場合は「1」、 希望されない場合は「2」をご記入ください(未記入の場合は「1」とさせていただきます)。
26 その他特記事項	特別な配慮が必要な内容をご記入ください(例:「聴覚障害のため、手話通訳が必要」、「車椅子(持参)を使用」等)
	<input type="text"/>

中央福祉学院記入欄

取りまとめ自治体

受付番号 -

・申込書の提出先は、各都道府県・指定都市・中核市社会福祉研修主管部(局)です。