

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修【高齢者介護研修】受講申込書 入力例

「※」以外は、すべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。

1. 受講希望者										入力日 (西暦)	2026	年		月		日																												
ふりがな											(姓)											(名)											年齢 (年代を選択) (4/1現在)											
氏名																																												
職種	(例：介護職員、生活支援員)										※ 役職名										(例：管理者、課長、主任)																							
介護・支援 業務経験年数 (4/1現在)											年											ヵ月	現在の施設での経験年数 (4/1現在)										年											ヵ月
※ 保有する資格 (該当する資格に「○」)										介護福祉士										社会福祉士										精神保健福祉士														
※ 保有する資格 (該当する資格に「○」)										介護支援専門員																																		
応募に関する 設問 (受講希望者 本人が入力 ください)	(1) 参加目的及び獲得目標を具体的に記入してください。(100字～200字程度にまとめてください。)																																											
	(2) 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容(現在未実施の場合は、今後予定している活動内容)を入力してください。																																											

2. 受講希望者の所属施設・事業所等																													
ふりがな											記入例：しゃかいふくしほうじん○○かい																		
法人名 (法人格も入力して ください。)											記入例：社会福祉法人○○会																		
ふりがな											記入例：とくべつようごろうじんほーむ□□えん																		
施設・事業所の種類及び 施設・事業所名											記入例：特別養護老人ホーム□□苑																		
郵便番号	〒																												
ふりがな																													
所在地																													
施設・事業所 担当者連絡先	ふりがな											電話番号																	
	氏名											メールアドレス																	
上記1の受講希望者の受講申込を了承します。										所属長氏名：										所属長役職：									
(注)この申込書に記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。																													

(試験センター入力欄)										優先順位									
推薦団体											推薦団体№		確認欄		受講者№				

【はじめに】

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には**都道府県等の推薦を受ける必要があります**。都道府県等が指定する期限までに必要事項をすべて入力し、推薦の依頼をしてください。
(推薦依頼先：○○県 高齢福祉課 等…)
- 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当まで(03-3486-7511)ご連絡ください。
- **Excel様式でご提出**ください。

(受講希望者欄について)

- ・ 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき入力してください。
- ・ 役職名は役職がない場合、入力不要です。
- ・ 経験年数は「令和8年4月1日」を基準としてください。
- ・ 保有する資格がある場合は、プルダウンから「○」を選択してください。
- ・ 参加目的及び獲得目標は、100字～200字程度にまとめて入力してください。
- ・ 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容は、活動の目的及び具体的な活動内容を入力してください。
ご都合により現在活動を行っていない場合、以前の活動内容または今後予定している活動内容を入力してください。

(受講希望者の所属施設・事業所等欄について)

- ・ 法人名は、**法人格及び法人名**を入力してください。
- ・ 施設・事業所の種類及び施設・事業所名は、「特別養護老人ホーム□□苑」のように**施設・事業所の種類名と個別の名称の両方を入力**してください。
- ・ 本研修に関する連絡窓口となっていただく施設・事業所のご担当者名・電話番号・メールアドレスを入力してください。
- ・ 電話番号とメールアドレスは両方とも入力してください。
※ 書類等に関する照会をさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきますので、ご協力よろしく
お願いします。
- ・ 本研修は、4日間の研修となりますので、必ず所属長の方承を得たうえで申し込んでください。