2025 年度　大阪保健福祉専門学校
精神保健福祉士実習指導者講習会　　受講申込書
FAX:06-6397-1868　　※申込期間:6/2～6/28（必着）

1. 申込年月日　　年　　月　　日		
2. 申込区分　※いずれかにチェックを入れてください。 ☐A：本校ソーシャルワーク実習（精神専門）の登録機関にお勤めの方・受講後に機関として登録いただける方 ☐B：それ以外の機関の方		
3. 氏名（ふりがな）※精神保健福祉士登録証と同じ氏名をご記入ください。		
※参加者配布名簿の備考欄に登録証と別の名字を希望される方はご記入ください。		
4. 性別　男 ・ 女	5. 生年月日　　西暦　　年　　月　　日	
6. 自宅住所・連絡先（〒　　－　　） TEL:　　/FAX: 携帯:　　E-mail:　　@		
7. 精神保健福祉士 登録年・登録番号	登録年:　平成 ・ 令和　　年 国家資格登録番号：第　　号	8. 精神保健福祉士登録証の写しを添付しました。 ☐　※チェック
9. 勤務先について　※必ず経営主体の法人格から正式名称をご記入ください。 例）「医療法人〇〇会　〇〇病院」「特定非営利活動法人〇〇会　地域活動支援センター〇〇」等 （法人名） （施設名） （勤務先住所・連絡先）（〒　　－　　） TEL:　　/FAX: E-mail:　　@		
10. 勤務先種別　※該当する番号に〇を付けてください。 1）医療機関　2）行政機関　3）地域の事業所等　4）その他の実習指定施設（　　） 5）実習指定施設以外（　　）　6）勤務先なし		
11. 受講修了証の送付先	※いずれかにチェックを入れてください。 送付区分：☐勤務先　☐自宅	
12. 日中連絡の付く電話番号	※いずれかにチェックを入れてください。 連絡先区分：☐勤務先　☐自宅　☐携帯電話	
13. 精神保健福祉士としての実習指導のかかわり※いずれかにチェックを入れてください		
☐現に実習を指導している、又は指導経験あり→ ☐実習指導の経験はない	資格取得後の実習指導経験年数____年 指導した実習生の人数_____人	
14. 資格取得後の実務経験の年数____年		
15. 受講時に配慮を希望される方は、具体的にご記入ください。		
16. オンライン研修での禁止事項に同意しました。☐　※必ずチェックしてください。		

【個人情報の取り扱い】

個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。

得られた情報は本事業以外の目的で使用せず、この範囲を超えて使用する場合は本人の同意を得て行います。