平成24年度介護福祉士海外研修・調査　参加申込書

平成　　年　　月　　日

申込者の詳細	フリカ゛ナ 氏　名		性　別	男　・　女
	生年月日	西暦　　年（昭和　　年）　月　日	年　齢	歳 （平成24年12月1日現在）
	フリカ゛ナ 自宅住所	〒		
	電話・FAX E-mail	電　話〔　　〕　ＦＡＸ〔　　〕 携帯電話〔　　〕　E-mail〔　　〕		
	資　格	介護福祉士登録番号　　平成　　年　　第　　号		
所属機関・施設等の詳細	フリカ゛ナ 経営主体 （法人名）			
	フリカ゛ナ 代表者氏名		代表者 **役職名**	
	フリカ゛ナ 所在地	〒		
	電話・FAX	電話〔　　〕　FAX〔　　〕		
	フリカ゛ナ 機関・ 施設名		施設 種類	
	フリカ゛ナ 代表者氏名		代表者 役職名	
	フリカ゛ナ 所在地	〒		
	電話・FAX	電話〔　　〕　FAX〔　　〕		
現申込者等の職務	職　種	（　　）		
	現所属での経験年数 （24年12月1日現在）	年	福祉職の通算経験年数 （24年12月1日現在）	年
	喫煙の有無	有　・　無		
＊この研修をどのようにして知ったか （○で囲む）	1　広告等　介護専門誌介護福祉、福祉新聞、ＷＡＭ、介護福祉士会ホームページ、その他 2　紹　介　過去の派遣者、その他（　　） 3　その他　（　　）			
語学力	該当番号にマルをつけること。 1　日常生活の基礎的な（　　語）を話すことができる。 2　日常生活の基礎的な（　　語）は話せないが、片言なら話すことができる。 3　その他（　　）			

●海外研修・調査に参加することについての所属機関等長の意見（必須）　＊別紙添付可

（役職）　　（所属機関等長の氏名）

平成　　年　　月　　日　　印

（参加申込者との関係）

（注）ここに記載の個人情報は、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。