

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修【障害者支援研修】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									
				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ご入力ください。(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。																			

【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:〇〇県 障害福祉課 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。

(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、入力は不要です。
- ・ 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

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〇〇かい					
法人名 (法人格も入力してください。)								記入例：社会福祉法人〇〇会					
ふりがな								記入例：とくべつようごろうじんほ一む〇〇えん					
施設・事業所の種類及び施設・事業所名								記入例：障害者支援施設〇〇苑					
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。													

(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、「障害者支援施設〇〇苑」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、必ず所属長の方の了承を得たうえで申し込ん

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