

# 令和7年度 社会福祉主事資格認定通信課程(春期コース)受講申込書

郵送のみ受付

※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。

中央福祉学院長 様

\*記入日: 年 月 日

申込者および受講希望者は、下記の申込書記載内容に相違のないことを確認し、次の  
受講資格および受講案内の内容を理解・同意したうえで、本課程に申込みます。

\*問合せ担当者:

(TEL: )

- ・受講期間中、社会福祉事業(社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業)の施設・事業所、あるいは介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所に従事していること又は「社会福祉主事の実習施設・事業」に従事していること

役職名

所属長(施設長)氏名

公 印

\*公印のない場合、  
申込は受付いたしません

\* 1 該当コース

1...施設職員等コース 2...社協職員コース

\* 2 受講希望者氏名(カナ)

姓

名

\* 3 受講希望者氏名(漢字)

姓

名

\* 4 生年月日

年 月 日 西暦で記入

\* 5 性別

1...男 2...女

\* 6 自宅住所

〒

都道府県

\* 7 自宅電話番号

8 自宅FAX番号

\* 9 携帯電話番号

(固定電話がない場合は携帯電話番号のみ記入)

\*10 メールアドレス

※受講案内P9【その他】  
をご確認ください

@

\*11 勤務先経営区分

1...民立民営 2...公立民営

\*12 勤務先法人名

法人区分  
(別表2参照)

法人名

\*13 勤務先名

14 勤務先部署名

\*15 勤務先種別

別表3をご覧ください。 その他の場合具体的に⇒( )

社会福祉事業(社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業)の届出をしている施設・事業所、あるいは介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所又は「社会福祉主事の実習施設・事業」をご記入ください。

\*16 受講希望者の現職種

別表4をご覧ください。 その他の場合具体的に⇒( )

\*17 勤務形態

1...正規職員 2...非正規職員(パート、アルバイト、契約職員、嘱託職員※派遣職員を除く)

\*18 勤務先住所

〒

都道府県

\*19 勤務先電話番号

\*20 勤務先FAX番号

内線

\*21 教材の希望送付先

1...自宅 2...勤務先(未記入の場合は勤務先にお送りします)

\*22 介護保険事業所番号

介護保険法に基づく介護保険事業者の指定を受けた施設・事業所からの申込の場合は「1」をご記入いただき、隣にある10桁のマス目に左詰めで介護保険事業所番号をご記入ください。

\*23 現勤務地での現職経験年数  
(令和7年4月1日現在)

年 月

\*24 福祉事業通算経験年数  
(令和7年4月1日現在)

年 月

\*25 本研修を知った手段

1...中央福祉学院ホームページ 2...受講案内(郵送) 3...都道府県・指定都市社協からの案内  
4...市区町村社協からの案内 5...新聞・雑誌等の広告 6...メールニュース等 7...その他⇒( )

26 最終学歴

1...大学院修了 2...4年制大学卒業 3...3年制短大卒業 4...2年制短大卒業  
5...専門学校卒業 6...高校卒業 7...中学卒業 8...その他⇒( )

27 取得済資格等

別表5をご覧ください。すでに取得した資格の数字をお書きください。

\*28 研修案内等の送付

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)。

29 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)

中央福祉学院記入欄

受付番号

