

SAMPLE

※社会福祉振興・試験センターのホームページ(<https://tinyurl.com/sssc5>)に掲載の「受講者推薦書」をダウンロードし、ご入力の上、ご提出ください。

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和7年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書

令和7年度7月開催（高齢者介護）研修の受講者として次の者を推薦します。

（「※」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

氏 名	ふりがな					ふりがな				
	(姓)					(名)				
生年月日 (西暦)	年	月	日	日生	年齢 (研修開催日(7/7時 点)の年齢)	歳	※ 性別 (プルダウンか ら任意選択)			
職 種					※ 役職名					
介護業務経験年数	年	現在の施設での経験年数				年				

○ 経験年数は研修開催日（7/7）を基準としてください。

※ 保有する資格 (該当する資格はプルダウンか ら「○」を選択)	介護福祉士		社会福祉士		精神保健福祉士	
	介護支援専門員					

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな					法人格		
施設・事業所名	ふりがな					施設種別		
					介護保険指定（有・無） プルダウンから選択			
推薦者氏名	ふりがな					推薦者役職		
所在地	〒					従業員数	名	
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな			電話番号			
				メールアドレス				

地域における公益的な取組の内容（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すること）

--	--	--	--	--	--	--	--	--

SAMPLE

※社会福祉振興・試験センターのホームページ(<https://tinyurl.com/sssc5>)に掲載の「受講者推薦書」をダウンロードし、ご入力の上、ご提出ください。

3. 参加目的及び獲得目標 (注)

参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ具体的に入力するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。

参加目的

獲得目標

4. 推薦団体先入力欄

推薦日	令和7年	月	日	
自治体名		担当部・課		
担当者			連絡先	

○推薦書に入力された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、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No.		確認欄		受講者No.	
------	--	---------	--	-----	--	--------	--