

申込に関する注意事項・説明事項

1. 実施要綱を確認の上、日程を選択ください。
2. 事業所等名称：記載された名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されます。
3. Email:オンラインでの受講を希望される方は Zip ファイルを受信できるアドレスを必ず記載ください。
4. 当日連絡先：研修当日の連絡や、研修に関する連絡に使用させていただきます。
5. 実務経験歴
 - ① 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
 - ② 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育児・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
 - ③ 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - ④ 内容を訂正した場合は、推薦者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
6. 課題実習圏域：A コースの課題実習 3 の参加予定圏域を事業所等の所在地となる圏域で記載してください。
佐賀地区（佐賀市、神埼市、吉野ヶ里町）、小城・多久地区（多久市、小城市）
鳥栖・三養基地区（鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町）、北部地区（唐津市、玄海町）
伊万里・有田地区（伊万里市、有田町）、杵藤地区（武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町）
7. 資格：以下の内容を参考に記載ください。
国家資格等とは、
医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士のことを言う。

社会福祉主事任用資格等とは、次のいずれかに該当する者
 - 1) 社会福祉主事任用資格を有する者（介護福祉士、精神保健福祉士、研修・講習受講者等）
 - 2) 保育士
 - 3) 児童指導員任用資格者
 - 4) 訪問介護員（ホームヘルパー）2 級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修を修了した者
8. 事業所等の推薦
所属する事業所からの推薦がある場合に記入ください。
9. その他
この、受講申込書に基づき作成する研修修了者名簿は、必要に応じて佐賀県内の市町に情報提供する場合があります。

（郵送・問い合わせ先）

〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝 1 丁目 15 番 3 号

公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 相談支援従事者研修事業 担当者 宛

TEL : 0952-20-0012 Email : sacsw-hp@saga-csw.or.jp