

■受講申込書記入例（新規申込者）

必ず押印してください

必ずチェックを入れてください。

令和 年 月 日作成

第54期生		受講申込書		都道府県コード	写真貼付欄 (4×3cm) 写真裏面に都道府県名 ならびに氏名を必ずご 記入ください
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再受講	13		
フリガナ	フクシ イチロウ		生年月日		
氏名	福祉 一郎		昭・平 60年 12月 31日生 (西暦 1985年) 年齢 37歳		
現住所 (書類送付先)	〒 105 - 0001 東京 都 道 府 県 港区浜松町……		(自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください		
E-mail (ご自身のお使いの メールアドレスを記入)	@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり (接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線) ・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン) ・ <input type="checkbox"/> なし				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)	5 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		知的障害を理解するための基礎講座 (該当の方のみ記入)		
			修了番号		
			修了年月日		
勤務先	法人名	社会福祉法人浜松会	施設(事業)種類	就労継続支援 (B型)	施設事業の種類コード
	事業所名	浜松町園	職種	生活支援員	職種コード
	所在地	〒101-0000 東京都港区×××××		TEL	03 - 3431 - ××△△
最終学歴	愛護	大学 短期大学 高等学校 学校	福祉 学部 社会福祉 学科	課程	昼間 夜間 通信 (年制)
					昭・平・令 28年 3月 (西暦 2016年) 卒業

申込書を作成した日
を記入してください。

P17の都道府県コ
ードを参照して、現
住所のある県名のコ
ード番号を記入して
ください。

該当する元号を○で
囲み、生年月日・年
齢を記入してくださ
い。西暦も記入して
ください。

郵便番号・住所・
電話番号を記入して
ください。

ご自身のお使いの
メールアドレスを
記入してください。

インターネット環境に
ついて記入してくだ
さい。

基礎講座を修了され
た方は、修了番号と
修了年月日を記入し
てください。

新規お申込みの方の
記入は不要です。

P17・18の施設(事業)
の種類コード・職種
コードを参照して、
該当する施設種類・
職種のコード番号を
記入してください。

P16を参照して、
施設・事業の種類・
職種を記入してくだ
さい。

最終学歴を正式な名
称で記入してくださ
い。該当項目を○で
囲んでください。

事務局記入欄 (記入しないこと)

受付日	見込・非常勤	金額	66,000 ・ 69,300 52,800 ・ 56,100
受付番号	受講番号		

現在の勤務先を記入してください。
無職の方は、施設(事業の種類)および
職種欄に「無職」と記載し、所定のコ
ード番号を記入してください。

■再受講申込書記入例（再受講申込者）

必ず押印してください

必ずチェックを入れてください。

令和 年 月 日作成

第54期生		受講申込書		都道府県コード	写真貼付欄 (4×3cm) 写真裏面に都道府県名 ならびに氏名を必ずご 記入ください
該当に <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 再受講		13			
フリガナ	フクシ イチロウ		生年月日		
氏名	福祉 一郎		昭・平 60年 12月 31日生 (西暦 1985年) 年齢 37歳		
現住所 (書類送付先)	〒 105 - 0001 東京都港区 港区浜松町……		(自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください		
E-mail (ご自身のお使いの メールアドレスを記入)	@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり（接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線）・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン）・ <input type="checkbox"/> なし				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)	5 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		知的障害を理解するための基礎講座（該当の方のみ記入）		
			修了番号		
			修了年月日		
勤務先	法人名	社会福祉法人浜松会		施設（事業） 種類	就労継続支援（B型）
	事業所名	浜松町園		職種	生活支援員
	所在地	〒101-0000 東京都港区×××××		種類コード	313
		TEL 03 - 3431 - ××△△		職種コード	08
最終学歴	愛護	大学 短期大学 高等学校 学校	福祉 学部 社会福祉 学科	課程	昼間 夜間 通信 (年制)
					昭・平・令 28年 3月 (西暦 2016年) 卒業

申込書を作成した日
を記入してください。

P17の都道府県コ
ードを参照して、現
住所のある県名の
コード番号を記入し
てください。

該当する元号を○で
囲み、生年月日・年
齢を記入してくださ
い。西暦も記入して
ください。

郵便番号・住所・
電話番号を記入して
ください。

ご自身のお使いの
メールアドレスを
記入してください。

インターネット環境に
ついて記入してくだ
さい。

基礎講座を修了され
た方は、修了番号と
修了年月日を記入し
てください。

平成12年度～令和
4年度受講生のみ
が該当します。

P17・18の施設（事業）
の種類コード・職種
コードを参照して、
該当する施設種類・
職種のコード番号を
記入してください。

P16を参照して、
施設・事業の種類・
職種を記入してくだ
さい。

最終学歴を正式な名
称で記入してくださ
い。該当項目を○で
囲んでください。

事務局記入欄（記入しないこと）			
受付日	見込・非常勤	金額	66,000 ・ 69,300 52,800 ・ 56,100
受付番号	受講番号		

現在の勤務先を記入してください。
無職の方は、施設（事業の種類）および
職種欄に「無職」と記載し、所定のコー
ド番号を記入してください。

実務経験証明書

フリガナ	フクシ ハナコ	生年月日(年齢)
氏名	福祉 花子	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 8年5月1日 (西暦 1996年) 27歳
施設(事業)の種類	生活介護	
職種	生活支援員	
<p>上記の者は、当事業所において上記職種で</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 </p> <p>として</p> <p>※非常勤職員は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者とする。</p> <p>2018年4月1日より 2023年12月24日まで</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 勤務している <input type="checkbox"/> 勤務していた <input type="checkbox"/> 勤務する見込みである </p> <p>ことを証明します。</p> <p>2023年12月24日</p> <p>所在地 東京都港区×××</p> <p>法人名 社会福祉法人 浜松会</p> <p>事業所名 浜松町園</p> <p>施設等代表者 施設長 ××× ××</p> <p>(もしくは 理事長 ××× ××)</p>		

16頁の表の該当施設等・職種を参考にして記入してください

証明書を作成した日

必ず公印を押印してください

※法人名・事業所名を必ず記載してください。

※見込みで申込みの場合は、2024年3月31日までに実務経験が見込まれる方が対象となります。

実務経験証明書

フリガナ	フクシ ハナコ	生年月日(年齢)
氏名	福祉 花子	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 8年5月1日 (西暦 1996年) 27歳
施設(事業)の種類	生活介護	
職種	生活支援員	
<p>上記の者は、当事業所において上記職種で</p> <p> <input type="checkbox"/> 正職員 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤職員 </p> <p>として</p> <p>※非常勤職員は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者とする。</p> <p>2023年4月1日より 2024年3月31日まで</p> <p> <input type="checkbox"/> 勤務している <input type="checkbox"/> 勤務していた <input checked="" type="checkbox"/> 勤務する見込みである </p> <p>ことを証明します。</p> <p>2023年12月24日</p> <p>所在地 東京都港区×××</p> <p>法人名 社会福祉法人 浜松会</p> <p>事業所名 浜松町園</p> <p>施設等代表者 施設長 ××× ××</p> <p>(もしくは 理事長 ××× ××)</p>		

16頁の表の該当施設等・職種を参考にして記入してください

証明書を作成した日

必ず公印を押印してください

※法人名・事業所名を必ず記載してください。

※見込みで申込みの場合は、2024年3月31日までに実務経験が見込まれる方が対象となります。