

【別紙1】「実習指導者に関する調書」のご記入について

(記入上の注意)

※本様式及び添付いただく登録証(写し)、修了証(写し)は、各1部のご提出で結構です。

- (1) 「実習施設名」：設置主体(法人名等)、および施設名称をご記入ください。
- (2) 「氏名」：実習指導者の方の氏名をご記入ください。
※実習指導者の方が複数いらっしゃる場合は、指導者1名ごとにつきまして、本調書の作成をお願いいたします。
その際は、お手数をおかけいたしますが、【別紙1】を複写のうえご記入ください。
- (3) 「生年月日」：年号にて生年月日をご記入ください(記入例参照)。
- (4) 「精神保健福祉士資格取得年月日」：精神保健福祉士登録証に記載の登録年月日をご記入ください。
※また、**精神保健福祉士登録証の写しの添付**をお願いいたします。
(合格証書ではございませんので、ご注意願います)
- (5) 「実習指導者講習会修了年月」：精神保健福祉士実習指導者講習会修了証に記載の年月をご記入ください。
- (6) 「従事している業務内容」：職名(業務内容)をご記入ください。
※対象となる業務は、**添付資料**「指定施設における業務の範囲等について」(平成23年8月5日障発0805第4号)をご参照ください。
- (7) 「区分」：「区分」欄については、実習指導者が
 - ・ 精神保健福祉士の資格取得後、3年以上の実務経験を有する者であって、実習指導者講習会を修了した者にあつては①、
 - ・ 社会復帰調整官等としての実務経験を有する者にあつては②、
 - ・ 厚生労働大臣が認める講習会を修了した者にあつては③、のうち、該当する番号をご記入ください。
なお、平成27年度以降の実習につきましては、経過措置期間の終了により、**①の実習指導者講習会を修了した方のみ**が要件となります。
また、当該講習会の**修了証の写しの添付**をお願いいたします。

(8) 「名称」：設置主体(法人名等)、および施設名称をご記入ください。

(9) 「業務内容」：対象となる業務は、添付資料「指定施設における業務の範囲等について」(平成 23 年 8 月 5 日障発 0805 第 4 号)をご参照ください。

(10) 「年月」：該当する業務内容に就いていた期間をご記入ください。()内は、在職期間をご記入ください。

なお、精神保健福祉士資格取得後の年月をご記入ください。

(例)平成 18 年 3 月に資格取得された場合 ⇒ 平成 18 年 4 月～平成 28 年 3 月(10 年 0 月)

(11) 「合計」：在職期間の合計をご記入ください。

No.
↑
記入不要

実習指導者に関する調査

実習施設名	社会福祉法人〇〇会 〇〇 ← 法人名・機関名を記入			
氏名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	
生年月日	平成・昭和〇〇年 〇月 〇日		年齢 (〇〇) 歳	
精神保健福祉士資格取得の有無	① 有		無	
資格の取得年月日	平成18年 3月31日			
実習指導者講習会	①. 修了 (修了年月:平成27年 7月) 2. 未修了			
従事している業務内容	生活支援員 (相談援助業務)		別紙【記入上の注意】 (7)でご案内のとおり、 ①のみとなります。	
実習指導者資格要件	区 分		①	
	職 歴	名 称	業 務 内 容	年 月
		特定非営利活動法人 地域活動支援センター〇〇	生活支援員 (相談援助業務)	H16年4月~H18年3月 (2年0月)
		社会福祉法人〇〇会 〇〇	生活支援員 (相談援助業務)	H18年4月~H28年3月 (10年0月)
		施設種別、施設名を明記。	資格取得後の職歴を記載してください。	平成 年 月~ 平成 年 月 (年 月)
				平成 年 月~ 平成 年 月 (年 月)
合 計		10年0月		

精神保健福祉士資格取得後、3年以上の相談援助業務に従事していることが必要。

【別紙2】

実習施設等承諾書（記入例）

No. _____

記入不要

平成 ○年 ○月 ○日

学校法人 梅檀学園
理事長 横井 真之 様

設置者 医療法人 ○○○会

所在地 宮城県△△市△△町1-1

代表者 **理事長** ○○ ○○ 印

東北福祉大学総合福祉学部（通信教育部）社会福祉学科が開講する精神障害者の保健及び福祉に関する科目にかかる確認申請手続きを行い、「科目省令」に定める基準を満たすことが認められた際には、実習施設等として実習生を受け入れることを承諾いたします。

() 内に施設種別をご記入ください。 記

理事長名でのご記入をお願いします。他の場合につきましては、**事業管理者**又は**首長名**等をご記入をお願いします。

1. 施設種別及び施設名	(精神科病院) 医療法人○○会 ○○病院
2. 定員	60名
3. 実習生の受入開始時期	平成29年 7月より
4. 実習受入可能時期	7月 1日から12月25日まで
5. 実習指導者の人数	1名
6. 実習受入人数	1名

当該実習施設における1日当たりの受入人数をご記入ください。
実習施設等における精神保健福祉援助実習について指導を行う実習指導者の数は、同時に指導を行う学生5人につき1人以上と定められています。
例：実習指導者の人数が2名の場合、日当たりの実習受入人数は最大10名となります。

【別紙3】「実習施設等の概要」のご記入について

※本様式は1部のご提出で結構です。

- (1) 「施設種別及び施設名」：設置主体(法人名等)、および施設名称をご記入ください。
- (2) 「設置年月日」：貴施設・機関の設置(開設)年月日をご記入ください。
- (3) 「施設長名」：施設長名をご記入ください。
※本項目は、法人の理事長名、および事業管理者、首長等のお名前ではございませんので、ご注意願います。
- (4) 「設置主体」：法人名をご記入ください。
※他の場合につきましては、開設者氏名、地方公共団体及び所管局長、首長名等をご記入ください。
- (5) 「所在地」：貴施設・機関の所在地をご記入ください。
- (6) 「電話番号」：貴施設・機関の電話番号をご記入ください。
- (7) 「主な設備」：貴施設・機関の主な設備をご記入ください。
※パンフレット等により、これらの情報が網羅されている場合には、そちらで代替することも可能です。