申請書類の書式

提出すべき申請書類一覧表(新規申請)

○ 必ず提出　△必要に応じて提出

【申請時】

申請書類	様式	部数	提出
救急認定ソーシャルワーカー認定審査申請書	1	1	○
社会福祉士　登録証の写し	―	1	△※
精神保健福祉士　登録証の写し	―	1	△※
認定医療ソーシャルワーカー　認定証の写し	―	1	△
認定社会福祉士(医療分野)認定証の写し	―	1	△
認定精神保健福祉士　認定証の写し	―	1	△
在職証明書	2	1	○
実務経験申告兼証明書	3－1	1	○
実務経験自己申告書	3－2	1	○
救急医療に関するソーシャルワークケースレポート	4	3	○
新規申請料等振込控貼付用紙	5	1	○

※どちらか必ず必要です。両方取得されている場合は、どちらも提出して下さい。

【登録時】

申請書類	様式	部数	提出
新規登録料振込控貼付用紙	6	1	○
救急認定ソーシャルワーカー登録申請書	7	1	○

様式1　　受付番号:

救急認定ソーシャルワーカー認定審査申請書

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

代 表 理 事　殿

申請日　　年　　月　　日

救急認定ソーシャルワーカー認定機構による救急認定ソーシャルワーカーに認定審査されたく申請します。

<table>
<tr><td></td><td colspan="4"></td><td rowspan="3">顔写真
縦4cm×横3cm</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">西暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="5">(携帯)</td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="5">(職場)
(個人)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">現在の勤務先</td><td colspan="5">所属機関名
救急告示：□2次　□3次</td></tr>
<tr><td colspan="5">所属部署名</td></tr>
<tr><td colspan="5">住所　〒
電話番号:
FAX番号:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">取得資格</td><td>□</td><td>社会福祉士</td><td>□</td><td colspan="2">精神保健福祉士</td></tr>
<tr><td>□</td><td>認定医療ソーシャルワーカー</td><td>□</td><td colspan="2">認定社会福祉士(医療分野)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>認定精神保健福祉士</td><td>□</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所属団体
(複数可)</td><td colspan="5">□日本保健医療社会福祉学会　□日本臨床救急医学会
□日本医療ソーシャルワーカー協会　□日本精神保健福祉士協会
□上記いずれの団体にも所属していない</td></tr>
</table>

認定志望動機	

個人情報の取り扱い:本認定審査申請で得た個人情報は、認定審査に伴う書類作成に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式2　　受付番号:

救急認定ソーシャルワーカー認定機構
代 表 理 事　殿

証明日　　年　　月　　日

在職証明書

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、本機関において以下のとおり、勤務していることを証明します。

1. 現在の所属名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 現在の職名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 現在の勤務形態

□ 常勤

□ 非常勤
勤務形態　＊時給パート、派遣職員等
（　　）

機関名

所在地

施設長　　㊞

個人情報の取り扱い：本認定審査申請で得た個人情報は、認定審査に伴う書類作成に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式3－1　　受付番号：

実務経験申告兼証明書（救急医療分野）

申請者である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日から ＿＿＿＿年＿＿月＿＿日の＿＿＿＿年＿＿ヵ月の間、

救急医療分野の相談援助業務に従事したことを証明します。

年　　月　　日

施設名

所在地

所属長　　㊞

（※注） 従事期間を合算する場合は、1機関につき1部の実務経験申告兼証明書を提出すること
（※注） 「救急医療に携わっている」とは、2次または3次救急医療機関において、救急病棟・救急外来を担当しているか、又は救急車両で搬送された救急搬送患者への支援を年間80ケース以上担当していることを目安としている。また、精神科救急医療施設において救急病棟を担当しているか、又は救急隊や警察からの受診入院相談、行政機関からの措置・緊急措置入院の相談支援を年間80ケース以上担当していることを目安としている。

個人情報の取り扱い：本認定審査申請で得た個人情報は、認定審査に伴う書類作成に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式3－1　　受付番号：

実務経験申告兼証明書（保健医療分野）

申請者である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

年　月　日から　年　月　日の　年　ヵ月の間、

保健医療分野の相談援助業務に従事したことを証明します。

年　月　日

施設名

所在地

所属長　㊞

（※注） 従事期間を合算する場合は、1機関につき1部の実務経験申告兼証明書を提出すること

個人情報の取り扱い：本認定審査申請で得た個人情報は、認定審査に伴う書類作成に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式3－2　受付番号：

実務経験自己申告書

救急医療分野の相談援助業務に従事した期間及び医療機関等名 **（実務経験2年以上）**	従事した医療機関等名	従事した期間	従事した日数
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月

合計　　年　　ケ月			
保健医療分野の相談援助業務に従事した期間及び医療機関等名 **（実務経験5年以上）**	従事した医療機関等名	従事した期間	従事した日数
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
		年　月　日～　年　月　日	年　ヶ月
合計　　年　　ケ月			

個人情報の取り扱い：本認定審査申請で得た個人情報は、認定審査に伴う書類作成に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません

申告日　　年　　月　　日
私は、以下の職務に従事していたことを申告します。

申告者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式5　　受付番号:

新規申請料等振込控貼付用紙

〈　申請料振込控について　〉

振り込んだ申請料（20,000円）の「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細票」のコピーを，下の欄に貼付してください。

※原本を貼付された場合、返却はできません。必ずコピーを貼付してください。

※オンライン決済の方はこの用紙の提出は必要ありません。

貼付欄

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

様式6　　受付番号:

新規登録料振込控貼付用紙

〈 登録料振込控について 〉

振り込んだ登録料（5,000円）の「振替払込請求書兼受領証」または「ご利用明細票」のコピーを，下の欄に貼付してください。

※原本を貼付された場合、返却はできません。必ずコピーを貼付してください。

※オンライン決済の方はこの用紙の提出は必要ありません。

貼付欄

様式7

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

受付番号:

認定番号:

救急認定ソーシャルワーカー登録申請書

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

代 表 理 事　殿

申請日　　年　　月　　日

救急認定ソーシャルワーカー認定機構による救急認定ソーシャルワーカーの登録を希望します。
個人情報の取り扱い:本認定審査申請で得た個人情報は、認定登録に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません

		生年月日	西暦　　年　　月　　日
現住所	〒　　－		
連絡先	(携帯電話)		
メールアドレス	(個人) (職場)		
現在の勤務先	所属機関		
	所属部署		
	住所　〒　　－		
	電話		
	FAX番号		
	備考		

救急認定ソーシャルワーカー認定機構