2020年度 相談支援従事者専門コース別研修

郵送用

（地域移行・定着）受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名（職名) |  |
| 法人所在地 | 〒　　　　－ |
|  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （　　　 　）　　　 － |

　下記の者について、相談支援従事者専門コース別研修（地域移行・定着）を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別 | 生年月日（西暦） |
| 氏　　名 |  | 男・女 | １９ 　　 年　　 月　　 日生 |
| メールアドレス |  |
| 申込対象区分（該当する番号に○） | １ 市町職員２ 保健所職員（健康福祉センター職員）３ 精神科病院職員４ 相談支援従事者初任者研修修了者５ 一般相談支援事業所において地域移行・定着支援に従事する者６ サービス管理責任者等研修修了者７ その他（相談支援業務に関心がある者） |
| 現所属事業所 | （住所）　〒　　　　　－　　　　　　　 |
|  |
| （事業所名）（代表者 職名） |
| （電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　 　　（ＦＡＸ番号） |
| 受講料振込(予定)日 | 　　　　　　　　月　　　　　日 振込(予定) |
| 配慮すべき事項※ ある場合 記入 | ● 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　）● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　） |
| その他 | ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合１ ある（具体的に　　　　　　　）　　２ ない |