郵送用

2021 年度 相談支援従事者 初任者研修（講義：2日間研修コース）
受 講 申 込 書

令和　　年　　月　　日

法 人 名
代表者名
（職 名）
（〒　　－　　）
法 人
所 在 地

電話番号

※現在、開設準備等で法人等の所属がない場合は、個人で申し込むことが可能です。
法人情報の記入欄に個人情報を記入してください。

下記の者について、相談支援従事者初任者研修（講義：２日間研修コース）を申し込みます。
※ サビ管（児発管）≪基礎研修≫を同時に申し込む方は、サビ管（児発管）≪基礎研修≫より申し込んでください

記

ふりがな		性 別	生年月日（西暦）
氏　　名		男・女	19　　年　　月　　日生
現所属事業所	（〒　　－　　） （所在地 ※市町村名のみ）： （事業所名）：		

【事務局からの郵便物を受け取るにあたり希望する宛先等】

1（　）法人所在地　　2（　）事業所所在地（※記入）　　3（　）法人・事業所以外（※記入）

※ 2･3 の場合のみ記入
（〒　　－　　）
住所：
宛名：

【事務局からの問い合わせを受けるにあたり希望する各項目】

・担当者：　　・(事業所)メール：
・(受講者)メール：
・ＴＥＬ：　　・ＦＡＸ：

確認事項	● 実務経験 １（　）『相談支援専門員実務経験一覧表』から実務経験は満たしている ２（　）『サービス管理責任者実務経験一覧表』から実務経験は満たしている ３（　）『児童発達管理責任者実務経験一覧表』から実務経験は満たしている ● 配慮すべき事項（ある場合のみ記入） （　　） ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコン出力で注意が必要な漢字 １（　）ない　　２（　）ある（具体的に　　）
	● 受講料振込(予定)日および振込者等の入力内容を記入　※振込先【開催要項】を参照 《　　月　　日》《（ｶﾀｶﾅ・英数字）：S2　　》