2019年度 相談支援従事者専門コース別研修

（地域移行・定着）受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 | ㊞ |
| 法人所在地 | 〒　　　－ |
|  |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメール※ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　※Ｅメールで事務連絡を行う場合があるので必ず記載してください。

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 |  | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日・年齢 | 昭和・平成 　　年(19 年） 　 月　 日生（　 　歳） | |
| 職　種・職　名 |  | |
| 現所属（事業所）名 |  | |
| 申込区分  （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 | |
| 演習選択科目  ※希望する番号に○ | １ **精神**障害分野  ２ **知的**障害分野 | |
| 配慮すべき事項  （該当する番号に○） | １　有【 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　）】  ２　無 | |

※演習選択分野の希望(申込)状況によっては、希望外の分野となる場合もあります。

① 申込期限：**2019年５月31日（金）郵送必着**

② 郵送以外の申し込み、期限後や記入に不備のある申し込みについては受け付けません。

③ 修了証書に記載するため、氏名、生年月日を正確に記入してください。