2019年度 相談支援従事者現任研修受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 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※ |  |

※メールにて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、相談支援従事者現任研修の受講を申し込みます。

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） |
| 相談支援従事者初任者研修修了年度 | 　　　　年度（平成　　　年度）　修了※申込区分**イ**(ケアマネ)に該当する場合は、相談支援従事者初任者研修の講義部分受講年度を記入してください。 |
| 現所属事業所名 |  | 現所属事業所等の住所 |
|  |
| ※市町村名のみ記載 |
| 受講予定者の　状　況※該当する欄に○を付け、必要事項を記入してください。 | ( ) | １　指定一般・特定・障害児相談支援事業所に現在所属 |
| ( ) | ２　指定一般・特定・障害児相談支援事業所へ異動予定（法人内に相談支援事業所があり異動の可能性がある場合）　　　事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ( ) | ３　相談支援事業所立ち上げ予定　　　予定年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ( ) | ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※裏面にも記入欄があります。

相談専門(現任)申込書【表面】

|  |  |
| --- | --- |
| 申込区分※該当する欄に○を付け、修了証書等の添付 | **ア**　相談支援従事者初任者研修修了者 |
| ( ) | (ⅰ)2014年度～2018年度相談支援従事者初任者研修修了者→**初任者研修修了証書の写し**を添付 |
| ( ) | (ⅱ)2006年度～2013年度相談支援従事者初任者研修修了者→**初任者研修修了証書の写し**、**現任研修修了証書の写し**を添付 |
| **イ**　2005年度以前のケアマネ研修修了者 |
| ( ) | 2005年度以前のケアマネ研修を修了し、かつ、2006年度～2011年度の相談支援従事者初任者研修の講義部分(１日又は２日)受講者　→**2005年度以前のケアマネ研修修了証書の写し**、**初任者研修講義部分の受講証明書の写し**、**現任研修修了証書の写し**を添付 |
| 配慮すべき事項※該当する番号に○ | １　 有【 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　）】２　 無 |

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。

相談専門(現任)申込書【裏面】