2019年度 相談支援従事者専門コース別研修

（スーパービジョン・管理・面接技術）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（スーパービジョン・管理・面接技術）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） | |
| 現在の職種 | １．相談支援専門員　　２．サービス管理責任者  ３．児童発達支援管理責任者 | |
| 上記資格取得  研修修了年度 | 年度（平成　　　　年度） | |
| 現所属事業所名 |  | |
| 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。