2019年度 相談支援従事者初任者研修受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 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、相談支援従事者初任者研修を申し込みます。

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 |  |
| 受講申込区分（該当する番号に○） | １　６日間研修コース　（主に相談支援専門員を目指す者）２　４日間研修コース　（主に相談支援専門員を目指す者）　　　※相談支援従事者初任者研修受講証明書を添付すること３　２日間研修コース　（主にサービス管理責任者等を目指す者） |
| 現所属事業所名 | 　 | 現所属事業所等の住所 |
|  |
| 現所属事業所の種別（該当する番号に○） |  １　指定相談支援事業所 |
|  ２　障害者支援施設 | ※市町村名のみ記載 |
|  ３　障害福祉サービス事業所（ｻｰﾋﾞｽ名　　　　　　　　　　　　） |
| 　４　障害児通所支援事業所（ｻｰﾋﾞｽ名　　　　　　　　　　　　　） |
|  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 実務経験年月 | 合計　 　　　年　　　　月　（※2019年9月30日時点見込） |
| 取得している資格（該当する番号に○） |  １　社会福祉士　　２　介護福祉士　　３　精神保健福祉士 ４　保健師　　　　５　看護師・准看護師　　６　保育士 ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。

1. 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。