2020年度 相談支援従事者**初任者**研修 受講申込書

郵送用

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名（職名) |  |
| 法人所在地 | 〒　　　　－ |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （　　　 　）　　　 － |

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 |  | 性 別 | 生年月日（西暦） |
| 氏　　名 |  | 男・女 | １９ 　　 年　　 月　　 日生 |
| メールアドレス |  |
| 受講申込区分（該当する番号に○） | １　７日間研修コース　（主に相談支援専門員を目指す者）　　　 |
| ２　５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【１回目】上旬 （主にサービス管理責任者等を目指す者） |
| ４　２日間研修コース【２回目】以降　次月上旬 （主にサービス管理責任者等を目指す者） |
| 実務経験要件の確認（該当する番号に○） | **別表【相談支援専門員実務経験一覧表】参照**していずれか記入 |
| １ ( ) 相談支援業務 | ２ ( )直接支援業務 | ３ ( )資格該当者 |
| 具体的な対象施設等（複数可）（別表より該当記号を記入）〔　　　　　　　〕　〔　　　　　　　〕〔　　　　　　　〕　〔　　　　　　　〕 | 具体的な対象施設等（複数可）（別表より該当記号を記入）〔　　　　　　　〕　〔　　　　　　　〕〔　　　　　　　〕　〔　　　　　　　〕 | (資格名)〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 年　 　 月　 　日 取得 |
| (資格取得後の従事期間) 5年以上年 　　　月 |
| 　 | 合計経験年数(研修修了時点) | 　　　　年　　　月 | 　　　　年　　　月 | (相談支援等の従事期間) 3年以上年 　　　月 |
| 現所属事業所 | （住所）　〒　　　　　－　　　　　　　 |
|  |
| （事業所名）（代表者 職名） |
| （電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　 　　（ＦＡＸ番号） |
| 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 |
| ３　障害福祉サービス事業所　　４　障害児通所支援事業所 |
| ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 【５日コースのみ】配慮すべき事項※ ある場合記入 | ● 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　）● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　） |
| 【２日コースのみ】インターネット（動画視聴）環境 | 　１　職場・自宅等に動画を視聴できるインターネット環境はある　２　インターネット環境はない（ ＹＩＣで動画の視聴をする ） |
| その他（確認事項） | ● 〔 サビ管 ・ 児発管等 〕基礎研修 について、今年度中に受講予定１　ある（山口県内）　　　２　ある（県外）　　　　３　ない● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合１　ある（具体的に　　　　　　） ２　ない  |