

2021 年度 主任相談支援専門員研修 受講申込書

令和 年 月 日

法人名
 代表者名
 (職名)
 (〒 -)
 法人
 所在地
 電話番号

※現在、開設準備等で法人等の所属がない場合は、個人で申し込むことが可能です。
 法人情報の記入欄に個人情報を記入してください。

下記の者について、主任相談支援専門員研修の受講を申し込みます。

記

ふりがな		性別	生年月日 (西暦)
氏名		男・女	19 年 月 日生
受講対象者	相談支援従事者 現任 研修修了し、相談支援専門員として3年以上の実務経験がある者 ※直近の「現任」修了証書(写し)を添付すること 初任者研修の修了年月 _____年____月		
受験要件 (該当する番号に○)	1. 基幹相談支援センター又はそれに準ずる機能を有する地域相談支援事業所等において現に相談支援に関する指導的役割を担っていること。 2. 都道府県における相談支援従事者研修又はサービス管理責任者等研修において研修の企画に携わっていること又は講義若しくは演習に講師として携わっていること。 3. その他、相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者。		
実務経験年月	初回現任研修修了後、相談支援専門員としての実務経験 _____年____月 (3年以上であること)		
現所属事業所	(〒 -) (所在地 ※市町村名のみ): (事業所名):		

【事務局からの郵便物を受け取るにあたり希望する宛先等】

1 () 法人所在地 2 () 事業所所在地 (※記入) 3 () 法人・事業所以外 (※記入)

※ 2・3 の場合のみ記入
 (〒 -)

住所:

宛名:

【事務局からの問い合わせを受けるにあたり希望する各項目】

・担当者:

・メール:

・TEL:

・FAX:

確認事項

- 配慮すべき事項 (ある場合のみ記入)
 - ・車いす ・ 介助者の同席 ・ その他 ()
- 氏名に含まれている旧字体について、パソコン出力で注意が必要な漢字
 - 1 ない 2 ある (具体的に)