2020年度 相談支援従事者現任研修 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、相談支援従事者現任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 |
| メールアドレス |  |
| 受講申込区分（該当する番号に○） | ( ) | １　2015年度～2019年度 相談支援従事者**初任者**研修修了者 |
| ( ) | ２　相談支援従事者**現任**研修修了者　 |
| * **該当研修「初任者」または「現任」の直近の修了証書(写し)を添付すること**
 |
| 初任者研修の修了年月 　　 　年　　　月 |
| 現所属事業所 | （住所）　〒　　　　　－　　　　　　　 |
|  |
| （事業所名）（代表者 職名） |
| （電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　 　（ＦＡＸ番号） |
| 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　） |
| その他 | ● 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  |

相談（現任）申込書