

送付先： FAX 0852-32-5956 島根県福祉人材センター行（添書不要） 【申込〆切：6月11日(月)17時必着】

**平成 30 年度 相談支援従事者初任者研修 受講申込書（全日程受講用）**

ふりがな		生年月日		同一事業所から複数名申込み場合の優先順位		
氏名		昭和 平成 年 月 日		人中 番目		
現勤務先 送付先	法人名			現在の職種		
	事業所名					
	所在地等	〒 TEL ( ) - FAX〔緊急連絡先〕 ( ) - 申込担当者 ( )				
配慮すべき事項		1. 車椅子席の用意 2. 同行介助者席の用意(本人と隣の席である必要 有・無) 3. 手話通訳 4. その他 ( )				
前期会場 ※○で選択		松江		浜田		
保有資格（該当するものがあれば✓をいってください）						
①社会福祉主事任用資格等		<input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修・訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 <input type="checkbox"/> 児童指導員任用資格者 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 精神障害者社会復帰指導員任用資格者				
②国家資格等		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士				
実務経験		実務経験年数（通算）		年 月		
		○ で 選 択 し て く だ さ い	①別紙実務要件に示す <b>ア</b> の期間が通算して3年以上			
			②別紙実務要件に示す <b>イ、ウ、エ</b> の期間が通算して5年以上（→ウ(1)~(3)に該当する場合は、上記「保有資格①」をご確認ください。）			
			③別紙実務要件に示す <b>オ</b> の期間が通算して10年以上			
			④別紙実務要件に示す <b>カ</b> の期間が通算して5年以上（→上記「保有資格①」をご確認ください。）			
⑤別紙実務要件に示す <b>キ</b> の期間が通算して3年以上（→上記「保有資格②」をご確認ください。）						
上記の経験年数について内訳を記入してください。						
事業所・機関名		事業・サービス種別		職種・職名等 ( )内を○で選択		
				(直接支援・相談支援)		
				(直接支援・相談支援)		
				(直接支援・相談支援)		
				(直接支援・相談支援)		
				(直接支援・相談支援)		
				(直接支援・相談支援)		

※申込書類に不備がある場合、受講決定の対象としない場合がありますので、記載漏れがないようご注意ください。

※この申込書に記入された個人情報、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。