

(別紙1)

申込締切 7月12日(木) 必着 (FAX不可)

平成30年度相談支援従事者現任研修 受講申込書

以下のとおり受講を申し込みます。

申込日:平成30年 月 日

法人名	
事業所名	
代表者名	印
事業所所在地	〒

申込者	ふりがな	性別	生年月日
	氏名		男・女
役職名	[上段に事業所における役職名を記入し、 下段の該当数字を○で囲む]	1 指定相談支援事業所における相談支援専門員 2 指定重度障害者包括支援事業におけるサービス提供責任者 3 その他 ()	
現勤務先(修了書送付先)	法人名	市町村職員の方は、法人名欄に市町村名、 事業所名欄に課名を記入してください。	
	事業所名	申込担当者名:	
	所在地等	〒	緊急連絡先 電話 () - FAX () -
相談支援業務実務期間 ※直近のもの	現任者	平成 年 月 ~ <u>現在</u>	
	経験者	平成 年 月 ~ 年 月 (年 か月) →別紙2をあわせて提出	
研修受講歴 [右記の該当するものを全て○で囲む]	1	平成 年度障害者ケアマネジメント従事者研修受講済	
	2	平成 年度相談支援従事者初任者研修受講済	
	3	平成 年度相談支援従事者現任研修受講済	
研修受講にあたって配慮すべき事項があればご記入ください。	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	

※ 略字は使わず楷書で記入し、太枠内すべての項目に記入してください。

※ 相談支援業務実務期間には、重度障害者等包括支援事業所のサービス提供責任者としての従事歴を含みます。

※ 相談支援業務実務期間が「経験者」に該当する方は、(別紙2)をあわせて提出してください。

※ 研修受講歴で選択した研修の修了書・受講証明書のコピーを添付してください。

※ 黒色ボールペン等消えない筆記具を使用して記入し、訂正がある場合は二重線で消し、事業所(法人)印で訂正印を押印の上、訂正事項を記入してください。

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