

申込締切日: 平成30年12月25日(火)

平成30年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者現任者研修
受講申込書

※楷書で丁寧に記入ください。

申込年月日 年 月 日

| | | | | | |
|--|------------------------|---|-------------------|---|-------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | |
| 申込者氏名 | | 男 女 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 生 |
| 現 勤 務 先 | 法人名 | | | | |
| | 施設・事業所名 | | | | |
| | サービス種別 ※番号を○で選択 | 申込担当者名 : 1. 地域生活(身体): 自立訓練(機能訓練) 2. 介護: 療養介護、生活介護 3. 地域生活(知的・精神): 自立訓練(生活訓練)、共同生活援助、自立生活援助 4. 就労: 就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援 5. 児童: 児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援 ・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設 | | | |
| | 所在地等 ※受講決定通知 送付先 | 〒 | | | |
| | | 電話() - | 緊急連絡先 FAX() - | | |
| サビ管・児発管職歴 ※サビ管・児発管のいずれかに○し、実務期間を記入してください。 | | サービス管理責任者 ・ 児童発達支援管理責任者 | | | |
| | | 実務期間: 平成〔 〕年〔 〕月 ~ 現在 | | | |
| 福祉関係職歴 ※現職場、職歴以外の福祉関係職場の実務経験を記入してください。 | | 記入例) H25.4~27.3 障がい者支援施設 H20.9~25.3 保育所 福祉関係実務経過年数【約 年】 | | | |
| 研修受講にあたって 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() | | | |
| 職場の人間関係等で困っていることをご記入ください | | | | | |

※ 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。