

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10日(月)17時必着】

令和元年度 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 ()	
相談支援専門員としての従事予定	法人名： 所在市町村名：	事業所名： 従事予定年月日： 年 月 日	
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	
実習について	■実習①及び③ 1. 実施可能 2. 調整を依頼…実習を希望する市町村名〔 〕 ※現在法人に所属しておらず、今後従事予定で選定が困難な県内からの受講者に限ります。 ■実習② 参加する市町村番号〔 〕 ※別紙2から選択してください。		
保有資格（該当するものがあれば✓をいれてください。）			
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"/> きゆう師 <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 ※選択した区分に係る実務経験年数を満たす「実務経験証明書（様式1）」を添付してください。	○	実務経験年数（通算） 年 月	
	○	①別紙実務要件に示す ア の期間が通算して3年以上	
	○	②別紙実務要件に示す イ、ウ、エ 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 オ の期間が通算して10年以上	
	○	④別紙実務要件に示す カ 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 キ 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。）		

【注意事項】

- ※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。
- ※この申込書および「実務経験証明書」における実務経験の確認は、研修の受講要件を確認するものであり、事業者指定における要件を満たすことを確認するものではありません。実務経験が指定要件を満たすかについては、指定権限のある県または市におたずねください。