

## 令和元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：令和元年 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	昭和 平成	年 月 日生	
現勤務先修了書送付先	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 ( )				
	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	〒				
		TEL ( ) - (緊急連絡先)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○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				
実習②について	参加する市町村番号 [ ] 別紙3から選択し、番号を記入してください。					
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。