

申込締切日： 令和3年1月8日(金)

令和2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	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() - FAX()		緊急連絡先 -	
サビ管・児発管職歴 ※現在従事しているサビ管・ 児発管について、該当に○を 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】 通算：サービス管理責任者〔 〕年 児童発達支援管理責任者〔 〕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()			
職場での話し合い等で 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、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。