【島根県福祉人材センター行　FAX　0852-32-5956】　〇添書不要　　担当:江角（えすみ）

申込締切日：　令和４年１月５日（水）

令和３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

※楷書で丁寧にご記入ください。　　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			
		申込担当者名　：		
	サービス種別 ※番号を〇で選択	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	〒 緊急連絡先 電話（　　）　　－　　FAX（　　）　　－		
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、該当に〇をし、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（　　）		
受講希望会場 ※希望会場に〇をしてください			【浜田】1/21（金）いわみーる	
			【松江】2/2　（水）いきいきプラザ島根	
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は、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。