

記入例(2日間受講者)

令和5年度長崎県相談支援従事者初任者研修 受講者申込書

令和5年 月 日

次の者を標記研修の受講者として推薦します。

1. 申込者

法人名称	社会福祉法人〇〇〇	法人の印を押印。法人未設立等の理由で印がない場合は、代表者の印でも可。	印
代表者氏名	理事長 相談 太郎		
法人所在地	〒852-8104 長崎市茂里町 3-24 TEL : 095-842-8178 FAX : 095-849-4703 メールアドレス : hdcps-suishin@mbn.nifty.com		
担当者	相談 花子	受講日程は2日間を選択。さらに裏面設問(B)にもご記入下さい。	

2. 推薦する受講者について

①受講日程	1	7日間(講義+演習) ⇒設問(A)へ記入
	2	2日間(講義のみ) ⇒設問(B)裏面へ記入
②優先順位(同一法人で申込者が複数名いる場合、記入してください。) ※事業所内ではなく法人全体での受講者人数 ※2日間と7日間は、別々にお願いします。		7日間 位/ 人中 2日間 1位/ 2人中
ふりがな	そうだん じろう	別 男 ・ 女
③氏名	相談 次郎	⑤生年月日 S ・ H61年12月28日 (34)歳
連絡先	※携帯電話 080-2222-1111	
④現有資格	・社会福祉士 ・精神保健福祉士 ・介護福祉士 ・保健師 ・ 看護師 ・医師 ・社会福祉主事任用資格 ・その他()	

(A)・・・7日間受講者のみ記入

(指定相談支援事業所等において相談支援事業に従事しようとする者)

<p>※設問(A)への記入は必要ありません</p>

※裏面も必ずご記入ください。

※行政職員などが、実際に相談支援事業に従事はしないが知識の獲得を目的に研修を受講する場合などは、事業所名、所在地は現勤務先を記入し、「受講者の従事予定」欄で2を選択のうえ、()内にその旨を記載すること。

（ ）・・・2日間受講者のみ記入

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の基礎研修を受講しようとする者)

受講者が従事(予定)する事業所について	事業所名	放課後等デイサービス〇〇〇				
	所在地	〒852-0000 長崎市茂里町 3-24 長崎県総合福祉センター 4階				
		TEL : 095-000-0000 FAX : 095-000-0000				
	1	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事 ⇒ 従事予定 令和 6年 1月				
	2	その他 () ⇒ 今回の受講理由 ()				
⑧指定サービス種類	相談支援、居宅介護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立支援、就労移行、就労A型、就労B型、GH、 放課後等デイサービス 、障害児入所、高齢系サービス、その他 ()					
⑩対象となる主な障害	身体 知的 ・ 精神 ・ 児童 ・ その他 ()					
受講者の実務経験 ※別表1を参照	相談支援業務	年	ヶ月	直接支援業務	10年	2ヶ月
※実務経験証明書の提出は必要ありません。						

いずれかを選択し、必要事項を記入。2を選択する場合は、従事予定内容(職種)と受講理由についても記入。

インターネット環境の有無 (オンライン研修を受講するために必要です。)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
--	--

受講者の障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	※有 の場合は障害の種類を記載、具体的に必要になるとと思われる内容を記入ください 車いすを使用しています。 出入りのしやすい場所、トイレ等の案内をお願いします。
-----------	---	---

【申込み前の自己チェック】

- 申込書の記入欄に必要事項を全て記入。(※記入漏れがあった場合、受付できない場合があります。)
- 申込者欄に法人印を捺印する。

障害等により座席の配慮やサポートが必要な場合ご記入ください。
※受講決定後、個別に対応させていただきます。ただし、申し出に対して十分に対応できない場合もありますので、予めご了承ください。