

記入例（現任研修）

令和5年度長崎県相談支援従事者現任研修 受講者申込書

令和5年7月〇〇日

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。
代表者氏名	理事長 長崎 太郎		
法人所在地	〒852-8104	TEL : 095-842-8178	印
	長崎市茂里町 3-24	FAX : 095-843-4709	
	メールアドレス : hdcps-suishin@mbn.nifty.com		
担当者	長崎 花子		

同一法人から複数名を申し
込む場合は優先順位を記入

2. 推薦する受講者について

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と順位です。		1位 / 2人中		
ふりがな	ながさき いちろう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
氏名	長崎 一郎	生年月日	<input checked="" type="radio"/> S ・ H 6 1 年 6 月 1 0 日 (3 4) 歳	
連絡先	※携帯電話 090-〇〇〇〇-××××			
現勤務先 ※受講者が 従事（予定） する事業所 について	事業所名	相談支援事業所 すいしん		
	所在地	長崎市茂里町 3 - 2 4		
	TEL : 095-〇〇〇〇-××××	FAX : 095-〇〇〇〇-×××〇		
指定の種別	1. 指定特定相談支援事業所 2. 指定障害児相談支援事業所 3. <input checked="" type="radio"/> 指定一般相談支援事業所（地域移行支援） 4. 指定一般相談支援事業所（地域定着支援）			
※該当するこ ろに〇をつけて ください。	現在の職種について、相談支援 専門員か、その他を選択。 その他の場合、職種名を記入。			
現有資格	<input checked="" type="radio"/> 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 保健師 医師 ・ 社会福祉主事任用資格 ・ その他 ()			
経 歴	現在、相談支援事業所で相談業務に従事していますか？		<input checked="" type="radio"/> ①はい ・ ②いいえ	
	相談支援業務経験		<input checked="" type="radio"/> ①有 (3年 3ヶ月) ②無	
現 職 種 (1,2いずれか に〇)	<input checked="" type="radio"/> 1	相談支援専門員	過去5年間の 相談支援実務 3年	
	2	その他 ()	3ヶ月	
福祉関係業務 の従事経歴 ※過去5年間	経験	事業所名	職種	
	①	障害者支援施設△△△	生活支援員	1年3ヶ月
	②	障害者支援施設×××	生活支援員	1年4ヶ月
③	相談支援事業所〇〇〇〇	相談支援専門員	3年3ヶ月	

現在の勤務先を記入。

現在の職種について、相談支援
専門員か、その他を選択。
その他の場合、職種名を記入。

※裏面も必ずご記入ください。

福祉関係業務の従事経歴について、過去5年間
の勤務先と職種(従事内容)、勤務期間を記入。

3. 受講履歴について

受講履歴 (1, 2 のいずれかに○)	1	<p>今回初めて現任研修を受講 (※過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験があること。) ⇒初任者研修修了年度：平成 29年度 (※初任者研修修了証書)</p>
	2	<p>今回が2回目以降の現任研修受講 (※下記の①・②のいずれかに該当すること) <input type="checkbox"/>①過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある。 <input type="checkbox"/>②現に相談支援業務に従事している。 ⇒初任者研修修了年度：平成 年度 (※初任者研修修了証書のコピーを添付) 現任研修修了年度：平成 年度 (※現任研修修了証書のコピーを添付) 現任研修修了年度：平成 年度 (※現任研修修了証書のコピーを添付) 現任研修修了年度：平成 年度 (※現任研修修了証書のコピーを添付)</p>
実務経験証明書の有無	・ 証明書あり <input checked="" type="checkbox"/> ・ 証明書なし <input type="checkbox"/>	※様式は問いません。 ※市町村に申請する実務経験証明書(様式4)の写しでも結構です。 ※なしの()

初任者研修の修了後、今回初めて現任研修を受講する場合は、1を選択し、初任者研修の修了年度を記入。さらに修了証書のコピーも添付すること。
 ※なお、平成29年以前に初任者研修を受講して以来初めて現任研修を受けようとする方は、資格が更新切れていまして、初任者研修から受講し直しとなります。

初任者研修の修了後、今回が2回目以降の現任研修受講の場合は、2を選択し、初任者研修、現任研修の修了年度を記入。さらに現任研修の修了証書コピーも添付してください。

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支援内容を記入してください。 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。
-----------	---	---

●オンライン研修では、インターネット環境が必要です。環境を整えたうえで受講してください。インターネット環境の有無をチェックしてください。

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。

【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。