

記入例(7日間受講者)

令和6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6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 : 095-849-4903 メールアドレス : hdcps-suishin@mbn.nifty.com		
担当者	相談 花子	受講日程は7日間を選択。さらに設問(A)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)表・裏面へ記入 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と順位です。 ※2日間と7日間は、別々をお願いします。	7日間 1位 / 3人中 2日間 位 / 人中
ふりがな	そうだん はなこ 別 男 ・ 女
③氏名	相談 花子 S・H60年12月7日 (35)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)

研修終了後、従事予定の事業所についてご記入ください。現在の勤務先と異なる場合は、実際に従事する予定の事務所について記入してください。(指定種別、指定状況とも)

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 △△△
	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 : 095-000-0001 FAX : 095-000-0002
	指定の種別 ※該当するところに〇をつけてください。	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. 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) 5. 相談支援事業所ではない
相談支援事業指定状況	1. 令和 3年 4月 指定済み 2. 令和 年 月 申請予定 3. 予定なし または 相談支援事業所ではない、その他	

※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、「指定状況欄」は、3を選択、次ページの「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。

受講者の 従事予定	1	相談支援事業所で相談支援専門員として従事開始予定時期 ⇒ 従事予定 令和6年 1月		
	2	その他 () ⇒今回の受講理由 ()		
受講者の 実務経験 ※別表1を参照	相談支援業務	3年 3ヶ月	直接支援業務	5年 10ヶ月
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"/>	※市町村に申請する実務経験証明書(様式4)の写しで結構です。		
※演習のみ受講者 (一部修了者)	・ 受講証明書 <input type="checkbox"/> (原本)	※募集要項13.(3)により、7日間コースを受講した方で講義のみ修了者には受講証明書を交付していますので、添付してください。 (※〇〇年度末に演習を受講してくださいとの表示があります。)		

(B) 9日間受講者のみ記入

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。

別表1を参照のうえ、相談支援専門員の実務経験要件にあてはまる相談支援業務、直接支援業務それぞれの年数を記入。

研修日程7日間の方で、体調不良等により欠席となった場合、講義のみ修了している場合には受講証明書を交付しています。今年度、演習のみ受講する場合、チェックして原本を添付してください。演習修了後、修了証書をお渡しします。

受講者が従事(予定)する事業所について	
⑧ 指定サービス種類	
⑩ 対象となる主な障害	
受講者の実務経験 ※別表1を参照	
※実務経験証明	

※設問(B)への記入は必要ありません

3. 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
---	--

4. 受講者の障害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
※「有」の場合は障害の種類を記載し、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。	

【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)
- 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。