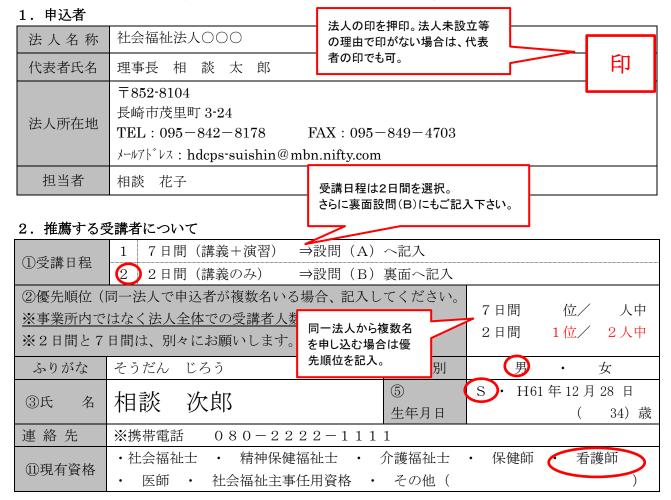
記入例(2日間受講者)

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

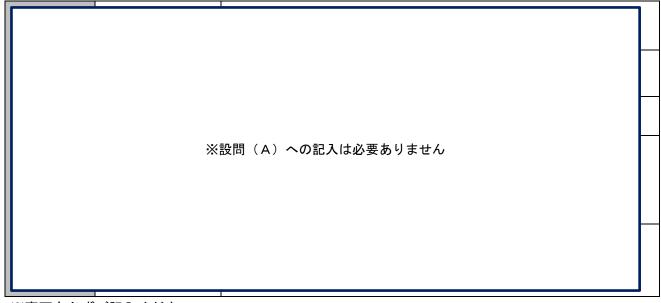
令和6年 月 日

次の者を標記研修の受講者として推薦します。



(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)



※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。

は必要ありません

皿ツョウ ケロ

・・2日間受講者のみ記入

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)

		工人数日主人压	A 3 ELICOTT		, Ф д ,		
	事業所名	放課後等デイサービス○○○					
受講者が従	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					
事(予定)す	TE1:095-000-0000 FAX:095-000-0000						
る事業所に	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						
ついて	→ 従事予定 令和 6年 1月 いずれかを選択し、必要事項を						
	その他	(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				
	2						
OH	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、目立文援、駅方移行、						
⑧指定サー	就労A型、就労B型、GH、奴課後等デイサーヒス、障害児入所、高齢系サービス、						
ビス種類	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	+□ ⇒	Æ	. 🛮	本拉士松类效	10年	0 . 🗆	
実務経験 ※別表1を参照	相談支援業務	年	ケ月	直接支援業務	10年	2ヶ月	
	E明書の提出は必要	ありません。					

3. インターネット環境の有無	7=		□ /	
(オンライン研修を受講するために必要です。)	☑有	•	□無	

4. 受講者の障害の有無

☑有 ・ □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。

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。