

令和7年度長崎県相談支援従事者現任研修 受講者申込書

令和7年7月1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。	印
代表者氏名	理事長 長崎 太郎		
法人所在地	〒852-8104 長崎市茂里町 3-24	TEL : 095-842-8178 FAX : 095-843-4709	
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

①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	③性別	男 ・ 女
②氏 名	長崎 一郎	④ 生年月日	S ・ H 6 1 年 6 月 1 0 日 (3 9) 歳
連絡先	※携帯電話 0 9 0 - 〇〇〇〇 - × × × ×		
⑤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 ()		
⑥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 : 0 9 5 - 〇〇〇〇 - × × × × FAX : 0 9 5 - 〇〇〇〇 - × × × 〇		
	指定の種別 ※該当するところ に○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	
⑦現職種 (1, 2 いずれか に○)	1	相談支援専門員	
	2	その他 ()	
⑧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？		①はい ・ ②いいえ
	過去5年間の相談支援実務経験： ①有 (3 年 1 ヶ月) ②無		

3. 受講資格について

指定相談支援事業所等において相談支援業務に従事しており、一定の経験を有する者。

- (1) 初回受講・・・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。・・・裏面（A）へ
 (2) 2回目以降・・・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又は現に相談支援業務に従事していること。・・・裏面（B）へ

※裏面も必ずご記入ください。

(A) 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。			
※実務経験（事業所名）		※過去5年間について記入してください。	
		相談支援の実務経験	
①	相談支援事業所〇〇〇〇	相談支援専門員	1年 5ヶ月
②	相談支援事業所〇〇〇〇	相談支援専門員	2年 6ヶ月
③		相談支援専門員	年 ヶ月
※修了証書 ⇒ ☒ 初任者研修修了年度：平成・令和 2年度（※初任研修修了証書のコピーを添付）			

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、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、令和元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すので、初任者研修から受講し直しとなります。

※設問（B）への記入は必要ありません

●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。

4. 実務経験証明書 ※様式は問いません。（写し）で結構です。	☒ 有 ・ ☐ 無
------------------------------------	--

5. 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。）	☒ 有 ・ ☐ 無
---	--

6. 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、）

☒ 申込者欄に法人印を捺印する。