**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 |  |
| 代表者氏名 | 印 |
| 法人所在地 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 担当者 |  |

**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と順位です。  ※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　　　位／　　人中 |
| ふりがな |  | | | ④性　別 | 男　　・　　女 |
| ③氏 名 |  | | | ⑤  生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　 年　 月　　 日  （　　　　）歳 |
| 連絡先 | ※携帯電話（受講者本人と連絡がとれる番号） | | | | |
| ⑪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）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者が従事(予定)する事業所について | 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： | |
| 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） |
| 相談支援事業  指定状況 | １　令和・平成　　　年　　　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　年　　　　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 | | 年　　　ヶ月 | 直接支援業務 | 年　　　ヶ月 |
| 実務経験証明書の有無 | ・証明書あり□  ・証明書なし□ | | ※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□  (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。  （※〇〇年度末までに演習を受講してくださいと表記してあります。） | | |

**（Ｂ）・・・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 | | |  | | |
| 所在地 | | |  | | |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： | | | | | |
| 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　　　年　　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 | 年　　　　ヶ月 |
| ※実務経験証明書の提出は必要ありません。 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者の  障害の有無 | ・□無  ・□有 | ※有　の場合は障害の種類を記載、具体的に必要になると思われる内容をご記入ください。 |

【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。