**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　　　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。 | 　　　位／　　人中 |
| ふりがな |  | ③性　別 | 男　　・　　女 |
| ②氏 名 |  | ④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） |
| 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 |  |
| 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）５．相談支援事業所ではない |
| ⑦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 |
| 相談支援業務経験：　　①有（　　　　年　　　　ヶ月）　　　　　②無 |
| ⑧現職種　 (1,2いずれかに○) | **１** | 相談支援専門員 | **過去５年間の相談支援実務** | 年ヶ月 |
| **２** | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑨福祉関係業務の従事経歴**※過去５年間を記入してください。** | 経験 | 事業所名 | 従事期間 |
| ① |  | 年　　　ヶ月 |
| ② |  | 年　　　ヶ月 |
| ③ |  | 年　　　ヶ月 |

※裏面も必ずご記入ください。

**３．受講履歴について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講履歴(1,2のいずれかに○) | **１** | 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　　　年度（※初任研　修了証書のコピーを添付） |
| **２** | 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）****□①過去５年間に２年以上の相談支援の実務経験がある。****□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（※初任研 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 修了証書のコピーを添付） |
| 実務経験証明書の有無 | ・証明書あり□・証明書なし□ | ※様式は問いません。（写し）で結構です。※市町村等に申請する実務経験証明書の写しでも結構です。※なしの場合、理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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支援内容を記入してください。 |

【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。