

相談支援専門員用（市町職員を含む）

令和元年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修 受講申込書

令和元年 月 日

【記入上の留意点】・文字ははっきりと楷書で記入してください。・住所は必ず郵便物等を受け取れる場所を記載してください。

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日

氏名・勤務先を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。
差し障りのある場合は、備考欄にその旨ご記入ください。

所属	事業所名称 ※行政職員の場合は、 市町名および所属	法人名			
		事業所名		職名	
	事業所住所 連絡先	〒 ー			
		TEL		FAX	
	事業所の サービス種別		主な 対象者	身体・知的・精神 児童・その他	
	自宅住所等 ※所属がない場合のみ 記入してください	〒 ー			
		TEL		FAX	
同一法人内の優先順位 ※複数申込の場合のみ記入	定員の関係で、調整をお願いする場合があります。その参考 にしますので、複数申込の場合は必ず順位を付けておいてく ださい。			第 位 / 人中	
必要な配慮事項	（電動車椅子使用、介助者同行など、具体的に記入してください。）				
備考					

《実務経験証明 兼 受講推薦書》

上記の者は、相談支援専門員に必要な実務経験を有しており、受講を推薦します。

事業所名： _____

代表者職氏名： _____ 公印

経験年数： 3年以上 ・ 5年以上 ・ 10年以上 （○で囲んでください）

配置について： すぐに配置の予定あり ・ 将来的に配置の可能性あり ・ 現状では配置の予定なし

※実務経験証明兼受講推薦書欄については、記載がなくてもお申込みいただけます。定員超過時、選考の参考にさせていただきます。
※ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。
上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者用

令和元年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修 受講申込書

令和元年 月 日

【記入上の留意点】・文字ははっきりと楷書で記入してください。・住所は必ず郵便物等を受け取れる場所を記載してください。

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日

氏名・勤務先を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。
差し障りのある場合は、備考欄にその旨ご記入ください。

所属	事業所名称 ※行政職員の場合は、 市町名および所属	法人名			
		事業所名		職名	
	事業所住所 連絡先	〒 ー			
		TEL		FAX	
	事業所の サービス種別		主な 対象者	身体・知的・精神 児童・その他	
	自宅住所等 ※所属先がない場合のみ 記入してください。	〒 ー			
		TEL		FAX	
同一法人内の優先順位 ※複数申込の場合のみ記入	定員の関係で、調整をお願いする場合があります。その参考にします。複数申込の場合は必ず順位を付けておいてください。			第 位 / 人中	
サビ管・児発管研修 受講の有無	1. 受講済 2. 今年度受講予定				
必要な配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など、具体的に記入してください。)				
備考					

《実務経験証明 兼 受講推薦書》

上記の者は、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に必要な実務経験を有しており、受講を推薦します。

事業所名： _____

代表者職氏名： _____ 公印

経験年数： 3年以上 ・ 5年以上 ・ 8年以上 (○で囲んでください)

配置について： すぐに配置の予定あり ・ 将来的に配置の可能性あり ・ 現状では配置の予定なし

※実務経験証明兼受講推薦書欄については、記載がなくてもお申込みいただけます。定員超過時、選考の参考にさせていただきます。

※ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。

上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。