様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　**５日課程用**

|  |
| --- |
| **相談支援専門員用（市町職員を含む）** |

平成２９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

平成２９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 | | 印 | | 生年月日 | | 昭和　・　平成  　年　 　 月　　 日 | |
| 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 | 〒　　　－ | | | | | |
| 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 | | 〒　　　－ | | | | | |
| 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。） | | | | | |

**≪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　　（〇で囲んでください）

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

※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。

様式第２号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　**２日課程用**

|  |
| --- |
| **サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者用** |

平成２９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

平成２９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 | | 印 | | 生年月日 | | 昭和　・　平成  　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 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 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 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。 | | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 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 | |
| サビ管・児発管分野別研修受講の有無 | | １．受講済　　　２．受講予定（Ｈ２９年度中）　　３．予定なし | | | | | | | |
| 地域生活（知的精神） ・ 地域生活（身体） ・ 就労 ・ 介護 ・ 児発管 | | | | | | | |
| 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。） | | | | | | | |

**≪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：　　５年以上　　・　　１０年以上　　（〇で囲んでください）

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

※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。