

令和2年度 愛媛県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者**基礎研修** 受講申込書

配置を予定している（修了証書の交付を希望している）職種に○を付けてください。

	サービス管理責任者		児童発達支援管理責任者	※どちらか一つもしくは両方に○を付けてください。
--	-----------	--	-------------	--------------------------

フリガナ				生年月日 (和暦でご記入 ください。)	年	月	日
氏名							

実務経験年数	令和2年10月1日時点	通算	年	か月
--------	-------------	----	---	----

実務経験について	勤務期間	勤務年数	勤務先の事業所について		在職時の職種	業務内容 ※相談支援・直接支援の どちらかを記入
			名称	種別 ※障害・児童・高齢・その他の中から 選択して記入		
	年 月～ 年 月	年 か月				
	年 月～ 年 月	年 か月				
	年 月～ 年 月	年 か月				

資格について ※取得している資格に○を つけてください	資格の種類		資格取得日		資格の種類		資格取得日	
		社会福祉士		年 月		精神保健福祉士		年 月
		介護福祉士		年 月		看護師		年 月
		准看護師		年 月		保育士		年 月
		訪問介護員2級・介護職員初任者研修に相当する研修修了者		年 月		社会福祉主事任用資格者		年 月
		児童指導員任用資格者		年 月		その他 ()		年 月
		その他 ()		年 月		その他 ()		年 月

現在の勤務先について	法人名					【優先順位】 位 / 人中			
	事業所名								
	事業所の提供サービス種別	※該当するものに○を付けてください							
		療養介護		生活介護		自立訓練（機能訓練）		自立訓練（生活訓練）	
		共同生活援助		自立生活援助		就労移行支援		就労継続支援	
事業所所在地	〒 - 住所								
	TEL			FAX					

上記の勤務先以外の送付先希望の場合	〒 - 住所				
-------------------	--------	--	--	--	--

相談支援従事者初任者研修受講状況 ※該当する欄へ○をつけてください		受講済み () 年度修了
		今年度受講予定 ※未受講の方は申し込みできません

今回の申し込みに係る状況 ※該当する欄へ○をつけてください	新規立上げ（立上げ予定 年 月）	異動のため（異動予定 年 月）
	その他（具体的に⇒)	

研修の希望日について、1・2・3より選択し、第一希望と第二希望欄にそれぞれ一つずつ記入してください。
※お申し込みの状況によってご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

第一希望		第二希望		1 : 10月22日(木)～10月23日(金) 2 : 10月29日(木)～10月30日(金) 3 : 10月31日(土)～11月1日(日)
------	--	------	--	--

事業所推薦について

《 推薦欄 》

本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、上記の者を受講者として推薦いたします。

年 月 日

推薦事業所名：

推薦事業所の
代表者名

印

《 理由書 》※配置予定の法人・事業所等から推薦を得られない場合は、その理由を記入し押印してください。

年 月 日

受講希望者氏名

印

※必ず自署して下さい

備 考

～記入上の注意点～

- * 修了証書交付の希望については、どちらか一つもしくは両方に○を付けてください。
- * 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。都合が悪い場合は、備考欄にその旨ご記入ください。
- * 受講決定通知書は原則、勤務先へ送付します。都合が悪い場合は「上記の勤務先以外の送付先希望の場合」欄に送付先をご記入ください。
- * 実務経験についての欄、勤務先の事業所の種別でその他を選択する場合は具体的にご記入ください。
- * 【優先順位】…1事業所から複数名申し込んでいる場合、優先順位を記入してください。その場合は、事業所全員分の申込書をまとめて郵送してください。
- * 申込書は事務局まで郵送してください。FAX・持参での申し込みはお受けできません。また、郵便事故等による申込書不達について、事務局では責任を負いかねます。届いたかどうかの確認のお電話にも対応しかねますので、できる限り「追跡システムを利用できるレターパックライト」での郵送をお勧めいたします。
- * 万が一期日を過ぎても受講決定通知書が届かない場合は、お手数ですが事務局までご照会ください。
- * お問い合わせについては出来る限りFAXかメールをご利用ください。

【お問い合わせ先・お申込み先】

一般社団法人 愛媛県社会福祉士会 事務局

〒790-0905 愛媛県松山市樟味2丁目2番3号 ラ・マドレーヌビル2階 TEL (089) 948-8031

FAX (089) 948-8032

メール

eacsw@mbr.nifty.com