

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者用

令和2年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（2日課程） 受講申込書

令和2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		生年月日 (和暦でご記入 ください。)	年	月	日
氏名					

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		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※	
	※主な対象者は、該当する番号を右記より選択してください。 ①身体 ②知的 ③精神 ④児童 ⑤その他 ⑤その他の場合は具体的にご記入ください。				
	事業所住所等 ※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 基礎研修受講の有無	該当する番号を右記より 選択してください。	1. 受講済 2. 今年度受講予定 3. 来年度以降で受講予定
備考		

※必要な配慮事項がございましたら別紙にご記入いただき、受講申込書に添付してお申し込みください。

《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： _____ 配置について： _____

経験年数については、①3年以上 ②5年以上 ③8年以上 の中から該当する番号をご記入ください。

配置については、①すぐに配置の予定あり ②将来的に配置の可能性あり ③現状では配置の予定なし の中から該当する番号をご記入ください。

※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。