|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**更新研修** 受講申込書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日  （和暦でご記入  ください。） | | | | | 年　　　 月　 　 日 | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を希望している（修了証書の交付を希望している）職種に〇をつけてください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の修了年度※複数修了している場合は最新の修了年度 | | | |
|  | | | | サービス管理責任者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年度 | | | |
|  | | | | 児童発達支援管理責任者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談支援従事者初任者研修修了年度  ※該当する方へ〇をつけてください。  未受講の方は申し込みできません。 | | | | | | | | | | | | | |  | | （　　　　　　　　　）年度に２日課程を受講済 | | | | | | | | | | |
|  | | （　　　　　　　　　）年度に５日課程を修了済 | | | | | | | | | | |
| 現在の勤務先について | 法人名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 現在の役職・職名・担当業務 | | |
|  | | |
| 事業所名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の提供ｻｰﾋﾞｽ種別 | | ※該当するものに〇をつけてください | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | 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 |
|  | | | 就労定着支援 | | | | | |  | | | 障害児入所支援 | | | | |  | | 障害児通所支援 | | |  |  |
| 事業所  所在地 | | 〒　　- | | | | | | | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | | | | | FAX | | | | | | | |
| 今回の申し込みに  係る状況  ※該当するものに〇をつけてください | | | | | | |  | | １．現在、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事している | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ２．現在はサービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事していないが、  過去に従事したことがある | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ３．これまでサービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事したことはないが、  今後従事する予定がある | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ４．その他（具体的に⇒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての職務経験【令和２年１１月１日時点】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先（事業所名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 従事期間 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
| 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．　１１月１４日（土）～１５日（日）  ２．　１１月１９日（木）～２０日（金）  ３．　１１月２９日（日）～３０日（月） | | | | | | | | | |
| 現在の勤務先事業所からの推薦について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **≪　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  事業所名：  事業所の  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **≪　理由書　≫**※勤務先事業所からの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　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※必ず自署して下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

～記入上の注意点～

＊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。都合が悪い場合は備考欄に送付先をご記入ください。

＊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　愛媛県松山市樽味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](mailto:eacsw@mbr.nifty.com)