

令和3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	メールアドレス※受講決定通知を受信できるアドレスをご記入ください		生年月日（和暦でご記入ください）		
氏名			年 月 日		
実務経験年数	令和3年10月1日時点		通算 年 月 日		
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		業務内容
	年 月～年 月	年 月	名 称	種 別 ※障害・児童・高齢・その他の中から選択して記入	※相談支援・直接支援のどちらかを記入
	年 月～年 月	年 月			
	年 月～年 月	年 月			
資格について※取得している資格に○を付けてください	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】
	事業所名				位 / 人中
	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	障害児通所支援			その他（ ）
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		受講済み（ ）年度修了			
※該当する欄へ○をつけてください		今年度受講予定 ※未受講の方は受講決定できません			
今回の申し込みに係る状況	新規立上げ（立上げ予定 年 月）		異動のため（異動予定 年 月）		
	※該当する欄へ○をつけてください 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 2日 (土) ~ 10月 3日 (日) 2 : 10月 4日 (月) ~ 10月 5日 (火) 3 : 10月 19日 (火) ~ 10月 20日 (水)
------	--	------	--	---

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

《 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、受講希望者がその理由を記入してください。

年 月 日

.....

.....

.....

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作成し、受講者間の交流や情報交換を目的として共有する予定となっておりますので、ご承知おきください。ご都合が悪い場合は、備考欄にその旨ご記入ください。
- * 受講決定通知はメールで送信いたします。受講決定通知のメールを受信できるアドレスをご記入ください。
- * 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。
- * 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。

一般社団法人 愛媛県社会福祉士会 事務局

〒790-0905 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