

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**更新研修** 受講申込書

フリガナ				メールアドレス	生年月日
氏名					昭和 平成 年 月 日
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○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○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○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4年1月29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. 1月29日（土）～30日（日） 2. 2月3日（木）～4日（金）	

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

↑《推薦欄》か↓《理由書》のどちらか一方をご記入ください

◀ 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

現在勤務先がない方、事業所への郵送を希望されない方については、下記にご記入ください

(郵送先)住所：〒 -

※マンション名や事業所名等があれば省略せずにご記入下さい

～記入上の注意点～

- * 推薦欄と理由書のどちらかをご記入ください。
- * 氏名・所属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。
- * 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」等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。
- * お電話が大変混み合いますので、お問い合わせについては出来る限りメールをご利用ください。

【送付先】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