

令和4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**実践研修** 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※		生年月日
氏名				昭和 平成 年 月 日

※携帯電話会社のアドレス（docomo や softbank など）では受講の可否を知らせるメールを受信できない場合が多いため、不可とします。

実務経験年数	基礎研修修了日から令和4年12月17日までの間で、相談支援業務・直接支援業務としての実務経験 年 月 日	※2年以上必要です
	<input type="checkbox"/> 経過措置により基礎研修修了後すでに一人目のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事している方は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	

現在の所属先について	法人名			
	事業所名			
	事業所所在地	〒	住所	
		TEL	FAX	

※所属先に記載がある場合は、テキスト等配布資料の郵送先は所属先になります。ご都合が悪い場合は、所属先を空欄とし下記にご希望の郵送先住所を記載してください。記載した住所と申込者氏名で郵便物が届くようにしてください。

所属先以外の郵送先住所	〒	住所	
-------------	---	----	--

基礎研修の修了年度	<input type="checkbox"/> サビ管基礎研修を	年	月	日に修了した
	<input type="checkbox"/> 児発管基礎研修を	年	月	日に修了した

※修了証書の写しも一緒に提出してください

研修の希望日について、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 : 12月17日(土)～18日(日)
		② : 12月22日(木)～23日(金)

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。
- \* ご自身の実務経験の詳細については、管轄の行政担当課へお問い合わせください。  
 東予地方局 地域福祉課 ☎0897-56-1317  
 中予地方局 地域福祉課 ☎089-909-8756 ※松山市の事業所については、松山市障がい福祉課  
 南予地方局 地域福祉課 ☎0895-28-6106 ☎089-948-6936
- \* 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・メールにてご提出ください。FAX・持参は不可。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の可否を知らせる通知が届かない場合は、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。

【送付先】一般社団法人 愛媛県社会福祉士会 事務局  
〒790-0966 松山市立花一丁目9番12号 アジア店装ビル301-A