|  |
| --- |
| 令和５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 |  | 生年月日昭和平成　　　年　　月 　　日 | 研修当日連絡がつく電話番号（携帯電話等） |
| 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 |  |
| 事業所所在地 | 〒　　- | 住所 |  |
| TEL | FAX |
| ↑　現在、勤務先がない方については空欄で構いません。ご自宅等の住所・連絡先を備考欄にご記入ください。 |
| 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．今後、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する予定がある |
|  | ３． 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５年７月２２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 |
|  | 年　　　　　か月 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ↑《推薦欄》か↓《理由書》のどちらか一方をご記入ください。事業所からの推薦がない場合でも申し込みが可能です。その場合は↓《理由書》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、その理由を記入してください。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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　（連絡先）　　　　　　　　　　　　　　　　 |

～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するかメールに添付してお送りください。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の可否のお知らせが届かない場合は、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

〒790-0966　松山市立花一丁目９番１２号　アジア店装ビル３０１－Ａ