

令和6年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（2日課程） 受講申込書

ふりがな		生年月日	昭和・平成		
氏名			年	月	日
受講決定通知が受信できるメールアドレス					
自宅住所	〒				
携帯電話等連絡先					

所属先	事業所名称	法人名			
		事業所名		職種	
	事業所住所連絡先	〒			
		TEL			
	事業所のサービス種別		主な対象者※		
※主な対象者は、該当する番号を右記より選択してください。 ①身体 ②知的 ③精神 ④児童 ⑤その他 ⑤その他の場合は具体的にご記入ください。					

サビ管・児発管基礎研修受講の有無	該当する番号に○をつけてください。 1. 令和6年度に受講予定 2. 来年度以降で受講予定 3. 受講済
備考	

※必要な配慮事項がございましたら備考欄にご記入ください。

≪実務経験証明 兼 受講推薦書≫

上記の者は、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に必要な実務経験を有しており、受講を推薦します。

事業所名： _____

代表者職氏名： _____ 押印不要

経験年数： _____ 配置について： _____

経験年数については、①3年以上 ②5年以上 ③8年以上 の中から該当する番号をご記入ください。

配置については、①実践研修後に配置予定あり ②将来的に配置の可能性あり ③現状では配置の予定なし の中から該当する番号をご記入ください。

【記入上の留意点】

- * 文字ははっきりと楷書で記入してください。住所は必ず郵便物等を受け取れる場所を記載してください。
- * 基本的に、郵便物は事業所住所へ送付します。ご都合が悪い場合、備考欄にその旨記載してください。
- * 実務経験証明兼受講推薦書欄については、記載がなくてもお申込みいただけます。定員超過時、選考の参考にさせていただきます。
- * 現在、勤務先がない場合は所属先欄は空欄で構いません。
- * ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。