

令和4年度相談支援従事者現任研修受講申込書

【5月16日（月）17時必着（FAX不可）】

*必ず申込に際しての留意事項を御一読の上、御記入下さい。太枠内は必ず本人が自署してください。

フリガナ			昭和・平成	年	月	日
氏名	(男・女)		生年月日	(歳)		
勤務先	事業所名					
	住所	〒 -				
	電話番号		職名			
緊急連絡先 ※1						
現在従事している業務のサービス種別 ※2		1 相談支援事業 2 その他 ()				
経験年数		障害福祉サービス事業所での通算従事年数 _____年 ____月 現在の業務に係る従事年数 _____年 ____月				
受講理由		1 指定相談支援事業所において、相談支援専門員として相談支援業務に従事しており、今年度が更新の最終年度の為 2 障害者支援施設等において、地域生活に向けた個別支援計画を現に作成し、支援を行っており、今年度が更新の最終年度の為 ※R3年度に受講決定していた→ (はい ・ いいえ) 3 その他 []				
過去の受講状況		1 障害者ケアマネジメント従事者新規研修 [平成 ____年度] 相談支援従事者初任者研修 (講義部分) [平成 ____年度] 2 相談支援従事者初任者研修 [平成 ____年度] 3 相談支援従事者現任研修 [平成 ____年度] ※ <u>県外で受講された方は</u> 、修了証書の写しを添付してください。				
申込者情報の提供について		事業所の所在する市町へ情報提供することに 同意する ・ 同意しない				

※1：当日に研修を中止するなど、緊急連絡を要する時に使用します。

※2：その他に○をつけた場合は、現在従事している業務のサービス種別を記載してください。

上記の者は、今年度の修了が必要な為、受講を申し込みます。また、上記の記載内容に相違ありません。

事業所の代表者 職・氏名

印