

様式1
(5日課程)

平成29年度大阪府相談支援従事者初任者研修（5日課程） 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、配置予定の法人・事業所等代表者から推薦を受けてください。ただし、本人が自筆できない場合は代筆を可とします。
※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。記入漏れや不備があった場合は申込受付をいたしません。

ふりがな	きかん	いちろう	性別	特殊な漢字の方は、正しくご記入ください。 【例：高・崎・吉】など
受講申込者氏名	基幹	一郎		
ご自宅の住所	〒558-0000 大阪府大阪市住吉区××1丁目1番1号			
受講申込者問い合わせ先 ※平日の日に連絡可能な電話番号	1. 所属事業所 2. 自宅 ③ 携帯電話 4. 担当者 担当者名（カタカナ） (090 - ×××× - △△□□)※2～4に○をつけた方は必ず電話番号をご記入ください。【 キカンハナコ 】			
現在従事している事業所及び実施事業種別	法人・企業名	特定非営利活動法人おおさか		
	事業所名	生活介護ふくすぼ		
	事業所在地	〒546-×××× 大阪市東住吉区001丁目2番3号		
	事業所電話番号	06-9876-543×		
	事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援（A型・B型） 5. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 6. 共同生活援助 7. 障がい児通所支援 8. 障がい児入所支援 9. 市町村・府機関 10. 一般相談支援（地域移行・定着） 11. 特定相談支援（計画相談） 12. 障がい児相談支援 13. 居宅介護 14. 重度訪問介護 15. 行動援護 16. 同行援護 17. 重度障がい者等包括支援 18. 短期入所 19. 施設入所支援 20. 高齢者福祉関係 21. 基幹相談支援センター 22. 地域活動支援センター 23.		
研修受講にあたり配慮すべき事項 (傷病者・妊娠中の方を含む)	有・無 (有の場合は、右記も記入してください)	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 6. 同行介助者 有（ ）名・無		
相談支援専門員、 重度障がい者等包括支援事業の サービス提供責任者として 配置される予定の事業所 について	事業所名 (未定の場合、未定と記入)	●●●相談支援センター		
	事業申請状況 ※該当するものに○をつけてください	1. 障がい福祉サービス事業所番号（ ） 2. 申請中 ③ これから申請		
	事業開始年月日 ※予定を含む	平成 30 年 4 月 1 日	☐ 平成 年度中に開始予定 ☐ 開始年度未定	
	配置予定年月日 ※研修終了日以降	平成 30 年 4 月 1 日	☐ 平成 年度中に配置予定 ☐ 配置年度未定	
	現時点の相談支援専門員の人数	※事業開始前の場合は0としてください 0人		
(配置予定日までに 実務経験要件を 満たすこととします)	事業種別	① 特定相談支援（計画相談） ② 一般相談支援（地域移行・定着） 3. 障がい児相談支援 4. 重度障がい者等包括支援 5. 基幹相談支援センター 6. 市町村 7. その他（ ）		
	相談支援専門員以外の 職種との兼務予定 ※該当するものに○をつけてください	1. あり（事業種別： 職種： ） ② なし 3. 未定		
実務経験年数等 相談支援・直接支援等 実務経験要件に該当するもの	勤務先名称（法人・企業名・事業所名等）	業務内容 (相談支援・直接支援等)	勤務年月数 (平成29年8月31日時点)	
	△△ヘルパーステーション	介護職員	2年	
	△△ヘルパーステーション	サービス提供責任者	3年	
	生活介護ふくすぼ	生活支援員	3年	
			年	
資格等（記載のない場合は、無資格とみなす）※参考1を参照	合計勤務年月数（上記年月数の合算） 9 年 7 ヶ月 (平成29年8月31日時点)			

今回の申込に係る状況

- ① 事業所において確実かつ速やかに相談支援専門員として配置予定の者で、市町村の相談支援体制の整備状況を勘案し、大阪府と市町村が協議し決定する者 ※①については大阪府もしくは市町村にお尋ねください。
- ② 既に事業を開始している事業所において、今年度に相談支援専門員として増員配置予定の者又は既に事業を開始している指定重度障がい者等包括支援事業所において、今年度にサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目までの者
- ③ 今年度に、事業開始予定の事業所において、研修終了後直ちに相談支援専門員として配置予定の者のうち2人目までの者又は事業開始予定の指定重度障がい者等包括支援事業所において、サービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目までの者
- ④ 今年度に、相談支援専門員又は指定重度障がい者等包括支援事業所のサービス提供責任者として配置予定の者のうち3人目以降の者
- ⑤ 翌年度に、事業開始予定の事業所において、相談支援専門員として配置予定の者のうち1人目又は事業開始予定の指定重度障がい者等包括支援事業所においてサービス提供責任者として配置予定の者のうち1人目の者
- ⑥ 既に事業を開始している事業所において、翌年度に相談支援専門員として増員配置予定の者のうち1人目又は既に事業を開始している指定重度障がい者等包括支援事業所において、翌年度にサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目以内の者
- ⑦ 翌年度に、相談支援専門員または指定重度障がい者等包括支援事業所のサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目以降の者
- ⑧ 相談支援専門員の要件である実務経験を満たしている者で、相談支援体制の整備状況を勘案し、優先的に配置するものとする。

必ず、左表の「事業開始（予定）年月日」と「配置予定年月日」と合わせて②～⑨のうちいずれかを一つ記入してください。

①は大阪府と市町村が協議して決定した方です。
※今年度とは、平成30年3月31日までをいいます。

配置予定年月日に該当する番号を記入してください。平成31年度以降や配置が決まっていない場合は⑧⑨のうちいずれかを選んでいただきます。

※①は選択できません。

上記の者については、指定相談支援事業所の相談支援専門員または重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として、本申込書に記入した内容について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。

同一事業所から2人以上申し込みする者のうち 1人中 1人目	平成 29 年 9 月 ××日 法人・企業等または事業所等の公印を押印してください。
法人・企業等名	特定非営利活動法人おおさか
事業所等名	
法人・事業所等代表者名	理事長 大阪 市太郎

受講申込者署名欄

本研修の受講申し込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。

平成 29 年 9 月 ××日 ※必ず押印してください。	受講申込者署名 基幹 一郎
---------------------------------	---------------

理由書 ※法人（事業所）等代表者から推薦が得られない場合は必ず理由を記入してください。

推薦が得られない理由を記入

配置予定の法人・事業所等からの推薦が得られない場合は、必ずご自身の署名、押印をお願いします。

同意確認欄 ※必ず下記どちらかに☑を記入してください（受講の可否には影響しません）

本研修を受ける相談支援の提供体制の整備を推進するために本申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、市町村に対し、情報を提供すること及び市町村から相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを、

☒ 了承します ☐ 了承しません