

現任研修

受付No		
No		

平成 30 年度大阪府相談支援従事者現任研修 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、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		性別	男 ・ 女	
受講申込者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
ご自宅の住所	〒 -			
受講申込者問い合わせ先 <small>※平日の日中に連絡可能な電話番号</small>	1. 所属事業所 2. 自宅 3. 携帯電話 4. 担当者(カタカナ)【 】 ( - - ) ※2~4 に○をつけられた方は必ず電話番号をご記入ください。			
現在従事している 事業所及び 実施事業種別	法人・企業名			
	事業所名			
	事業所所在地	〒 -		
	事業所電話番号	-	-	事業所所在 市区町村
	事業種別 <small>該当するものに○をつけてください</small>	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. 一般相談支援 10. 特定相談支援 11. 障がい児相談支援 12. 重度障がい者等包括支援 13. 基幹相談支援センター 14. 市町村・府機関 15. 居宅介護 16. 施設入所支援 17. 短期入所 18. 高齢福祉関係 19. 自立生活援助 20. その他( )		
受講申し込みコース <small>※○をつけて下さい</small>	現任者コース <small>※現に相談支援専門員として従事されている人向けのコースです。</small>		予定者コース <small>※今後、相談支援専門員として従事する予定の人向けのコースです。</small>	
初任者研修等の 修了年度	相談支援従事者初任者研修(1日課程または5日課程)の修了者	平成	年度	修了
現任研修の 修了年度	1回目の現任研修修了年度 <b>※該当者のみ</b>	平成	年度	修了
	2回目の現任研修修了年度 <b>※該当者のみ</b>	平成	年度	修了
初任者研修終了後の 実務経験年数	相談支援専門員としての実務経験	通算	年	月
	相談支援専門員以外の実務経験	通算	年	月
現在従事している業務	相談支援事業(一般・特定・障がい児・市町村委託・基幹相談)	1. 相談支援専門員 2. その他( )		
	障がい福祉サービス	1. サービス提供責任者 2. 居宅介護等の従事者(ホームヘルパー) 3. サービス管理責任者 4. 生活支援員 5. 世話人 6. 地域移行支援員 7. 職業指導員 8. 就労支援員 9. その他( )		
	障がい児通所支援 障がい児入所支援	1. 児童発達支援管理責任者 2. 児童指導員 3. 保育士 4. 訪問支援員 5. その他( )		
	その他	1. ガイドヘルパー 2. 地域活動支援センターの従事者 3. 介護支援専門員 4. その他( )		
研修受講にあたり 配慮すべき事項	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 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. 同行介助者 有( )名・無 7. その他( )		

**推 薦 欄**

申込書記載内容について、相違ないことを確認し、申込者を受講者として推薦いたします。

平成 年 月 日

法人・企業等名

事業所等名

法人・事業所等代表者名

法人印または事業所印

**受講申込者署名欄**

本研修の受講申し込みにあたり、募集要項等に記載された事項を確認し、了承いたします。  
私が本申込書に記入した内容および、推薦欄のとおり推薦を受けて申し込むことに間違いはありません。

平成 年 月 日

**\*必ず自筆ください**

受講申込者署名

**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

[ ]

平成 年 月 日

受講申込者署名

**情報提供の同意確認欄** ※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）。

市町村における相談支援の提供体制の整備を推進するため、申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、市町村に情報提供することを

- 了承します       了承しません