

様式1 (5日課程)

受付No	
No	

平成30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	けんしゅう	いちろう	性別	男性
受講申込者氏名	研修	一郎	特殊な漢字の方は、正しくご記入ください。 【例：高・崎・田】など	
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(カタカナ)【ケンシュウハナコ】 (090 - ×××× - △△□□) ※2~4に〇をつけ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	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×	事業所所在地市区町村	大阪市東住吉区
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. 22. 自立生活援助 23. 就労定着 24.			
研修受講にあたり配慮すべき事項	有・無	1. 車いす(電動・手動) 2. 手話通訳 3. 要介護 6. 同行介助者 有()名・無 7.		
相談支援専門員、重度障がい者等包括支援サービスの提供責任者として配置される予定の事業所について (配置予定日までに実務経験要件を満たすこととします)	事業所名(未定の場合、未定と記入)	●●●相談支援センター	事業所所在地市区町	大阪市 東住吉区
	事業申請状況	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 31年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 平成 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定	
	配置予定年月日 ※研修終了日以降	平成 31年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 平成 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 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			
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	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30年8月31日時点)	
	△△ヘルパーステーション	介護職員	2年 6ヶ月	
	△△ヘルパーステーション	サービス提供責任者	3年 11ヶ月	
	生活介護ふくすぼ	生活支援員	3年 2ヶ月	
			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)	訪問介護員2級			
	合計勤務年月数(上記年月数の合算) 9年 7ヶ月 (平成30年8月31日時点)			

2・3・4の連絡先は午前9時から午後5時の間に連絡のつく番号をお願いします。

既に指定を受けておられる事業所は、その障がい福祉サービス指定事業所の番号を記入してください。
大阪府の場合・27××××××××
※介護保険関係等の事業所番号ではありません。

要件となる実務経験・業務内容について(参考1)を参照してください。

要件に該当する合計の数字が入ります。勤務年月数の合計が入ります。

今回の申込に係る状況

- 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。
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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3人目以降の者
- 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、大阪府と市町村が協議し決定する者

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31年3月31日までをいいます。

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。

平成 30年 9月 ××日

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

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

代表者印

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 30年 9月 ××日 ※必ず自筆ください。

受講申込者署名 研修 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、必ずご自身の署名をお願いします。

年 月 日

受講申込者署名

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