

# 平成29年度 鹿児島県相談支援従事者現任研修 受講申込書

## 【記入例】(法人・事業所からの申込み)

受講者が複数の場合の優先順位 (事業所単位)	1
---------------------------	---

いずれかからの申し込み

法人	社会福祉法人〇〇〇会
(事業所)	相談支援事業所〇〇〇 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">障害支援施設〇〇〇施設</span>
代表者	施設長 大島 次郎 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">印</span>
個人	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>

(申込担当者)	
---------	--

フリガナ	カゴシマ タロウ		② 生年月日
① 受講者氏名	鹿児島 太郎	(男・女)	昭和 55 年 6 月 1 日 平成 ( 36 歳)
③ 法人の名称	社会福祉法人〇〇〇会		
④ 事業所(勤務先)の名称	相談支援事業所〇〇〇		
⑤ 勤務先(事業所)の所在地 (所属がない場合は、個人の住所を記入)	(〒123-4567) (住所) 鹿児島市〇丁目〇〇-〇〇 (TEL) 099-123-4567 (FAX) 099-123-4567		
⑥ 事業所の種別	① 相談支援 (地域移行・地域定着 ② 計画相談 基幹型) ③ 重度障害者等包括支援 ④ 生活介護 ⑤ 療養介護 ⑥ 施設入所支援 ⑦ 共同生活援助(GH) ⑧ 生活訓練 ⑨ 機能訓練 ⑩ 就労移行支援 ⑪ 就労継続支援(A型・B型) ⑫ 障害児通所支援(児童発達支援等) ⑬ 障害児入所支援 ⑭ 地域活動支援センター ⑮ 病院・診療所 ⑯ その他( )		
⑦ 現在の職名	生活支援員	⑧ 相談支援業務 経験年数 (通算)	3 年 5 月
⑧ 保健・福祉関係 資格(国家資格等)	介護職員実務者研修, 社会福祉主事		
⑨ 主たる相談対象	① 三障害(身体・知的・精神) ② 身体 ③ 知的 ④ 精神 ⑤ その他( )		
⑩ 相談支援従事者 初任者研修	平成 24 年度修了	※修了証書の写しを添付 ※平成29年度の修了者は受講出来ません。	
⑪ 相談支援従事者 現任研修	平成 年度修了	※修了証書の写しを添付 ※平成28年度の修了者は受講出来ません。	
⑫ 備考(配慮等)	座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務局にご連絡のある方は、具体的にご記入ください。 (内部障害をお持ちの方や妊婦の方もご記入ください)		

※1 相談支援従事者初任者研修の修了証書の写しを、必ず添付してください。

※2 受講決定者には、受講にあたって事前に課題が出されます。  
詳細は、受講決定通知を送付する際にお知らせいたします。

※3 受講料の支払い方法については、受講決定時にお知らせします。