

# 平成29年度相談支援従事者専門コース別研修 (スーパービジョン) 受講申込書【記入例】

申込日: 平成 29 年 〇 月 〇 日

申込担当者: 錦江 四郎

## <所属>

法人・団体名: 社会福祉法人△△△会

施設・事業所名: 相談支援センター〇〇〇 職名: 相談支援専門員

事業所印は  
不要です

## <連絡先>

〒890-〇〇〇〇 住所: 鹿児島市鴨池新町△-□□

電話番号: 099 ( □□□ ) △△△△ / FAX: 099 ( □□□ ) △△△△

## <受講者>

フリガナ	カゴシマ サブロウ
受講者氏名	鹿児島 三郎
事業・施設の種別 (番号を○で囲む)	① 相談支援事業 (一般・特定・障害児等) 2 障害者支援施設・事業所 等 3 県・市町村行政 4 その他( )
保健・福祉業務の 従事年数(H29.8.1 現在)	6 年 6 ヶ月
相談支援従事者研修受講状況 (受講済みの研修を○で囲む)	
<input type="radio"/> 相談支援従事者初任者研修	修了済みの研修には、○と受講年度を記入
<input type="radio"/> 相談支援従事者現任研修(資格更新研修)	平成 27 年度
その他(サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者)	平成 年度
<b>備考</b> (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)	

※ 受講決定については、後日、文書でお知らせいたします。