

平成30年度 熊本県相談支援従事者初任者研修 受講者推薦及び申込書  
(指定相談支援事業所で相談支援業務に従事しようとする者用)

平成 年 月 日

次の者を指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所の相談支援専門員として従事させるため、標記研修の受講者として推薦します。

設置主体	法人所在地	〒			印
	法人名称				
	代表者	役職		氏名	

担当者名

電話番号

受講決定・不決定通知書  
送付先FAX

## 1 今回、推薦する受講者について

①希望する 研修コース	全日程コース(5日間)			⇒	講義のみコースの受講年度	平成 年度
	演習のみコース(3日間)					
※H25年度以降に受講した相談支援従事者初任者研修の受講証明書の写しを添付してください						
②優先順位 ※同一法人より、全日程コース・演習コースを複数名申込みの場合のみ記載					番目	人中
③	フリガナ			④性別	⑤生年月日	
	氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日	
⑥現勤務先 名称				⑧現勤務先 サービス	相談支援、居宅介護、療養介護、生活介護、 短期入所、施設入所支援、自立訓練、 就労移行、就労A型、就労B型、GH、 放課後等デイ、障害児入所、高齢系サービス、 その他( )	
⑦現勤務先 所在地	〒					
⑨電話番号				⑩対象とする 主な障がい種別	身体・知的・精神・児童	
⑪実務経験 ※参考資料1 参照	相談支援業務	年	ヶ月	⇒	相談支援専門員の要件となる実務経験を 満たしているか	いる・いない
	直接支援業務	年	ヶ月			
	通算	年	ヶ月			
⑫所有資格	保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・社会福祉主事任用資格・精神保健福祉士・訪問介護員( )級 保育士・児童指導員任用資格・その他( )					
⑬サービス等利用計画書を見たことがあるか	ある・ない		⑭サービス管理責任者、又は 児童発達支援管理責任者であるか	ある・ない		
⑮課題作成・実習協力者の手配ができるか	※別紙3参照				できる・できない	
⑯相談支援事業所で『相談支援専門員』として従事開始する予定時期	平成 年 月					未定
⑰障害福祉サービス等従事者等基礎研修(新任従事者研修)の受講について ※新任従事者研修の内容(障がい特性、法制度、基本的対人援助技術等)を踏まえたうえで、相談支援従事者初任者研修を実施いたします。詳細は当財団HP参照(現在募集中～5月末締切)	未受講・受講済・本年度受講希望					
⑱備考						※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください

2 相談支援専門員として従事する予定の指定相談支援事業所について

従事予定 事業所名	※指定申請予定又は申請予定時期未定の場合は仮称で可。				所在地	市 町 村	事業種別 (複数可)	1. 指定特定
								2. 指定一般
指定状況	指定済	⇒	指定時期	年 月	⇒	指定番号	3. 指定障害児	
	指定申請予定	⇒	申請時期	年 月				
	申請時期未定							
受講推薦 理由	既に指定相談支援事業所として指定を受けており、利用者増や業務拡大に伴い、研修修了後、速やかに相談支援専門員の増員を行う予定。 ※ここでいう「速やかに」とは、概ね平成31年3月までのこと。							
	既に指定相談支援事業所として指定を受けているが、現在、相談支援専門員として従事する者の退職・出産・人事異動等により、後任の相談支援専門員に交代させる必要がある。							
	⇒	交代予定時期	平成	年	月頃予定	・	時期未定	
	⇒	交代理由	退職・出産・人事異動・その他( )					
	相談支援専門員としての実務経験を満たす従業者がおり、本研修修了後、速やかに指定相談支援事業所の指定を受け、業務開始予定。 ※ここでいう「速やかに」とは、概ね平成31年3月までのこと。							
将来の人事異動又は相談支援事業所開設を見越して、相談支援従事者初任者研修修了者を確保しておきたい。 ※ここでいう「将来」とは、概ね平成31年4月以降のこと。								
その他 ※具体的希望理由を記載すること。								

3 法人内における 熊本県相談支援従事者初任者研修 修了者について

同一法人内に、相談支援従事者初任者研修の全日程(5日間)又は演習のみ(3日間)の修了者がいるか	いる ・ いない
---	----------

「いない」場合は、以下の記載不要。

「いる」の場合は、以下も記載。

相談支援従事者初任者研修の修了者人数 (講義日程のみ修了者を含まない)	人
当該修了者のうち 現在、指定相談支援事業所で『相談支援専門員』として、勤務している人数	人
当該修了者のうち 現在、指定相談支援事業所で『相談支援専門員』として、勤務していない人数	人
勤務していない場合は、その理由を具体的に記入。	

※ 受講者推薦及び申込みにおいて提出する書類に虚偽の内容が認められた場合は、受講申込みを取り消し、今後申込みを受け付けない場合がありますので、正確にご記入ください。

※ 研修修了後、県において、今年度修了者の相談支援事業所への配置状況調査を予定しています。

＜申込前の自己チェック＞

- 申込書の記入欄に必要な事項を全て記入する(記入例参照) ※記入漏れがあった場合、受付できない場合があります
- 申込書(表面、裏面)を両面印刷、もしくはホッチキスで留めて用意する
- 演習のみ(3日間)を希望する場合、講義のみ(1日目、2日目)の受講証明書を添付する
- 推薦欄に法人印を捺印する(個人申込みの場合は申込み者本人の印)