

【様式1 - 1枚目】

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	〒 862-1234 熊本市中央区保田窪〇丁目〇-〇		
	法人名称	社会福祉法人 〇〇会		
	代表者	役職	理事長	氏名

事  
長  
之  
会  
印  
理

担当者名 財団 花子 電話番号 096-123-4567 受講決定・不決定通知書 096-123-4568  
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	<input type="radio"/> 全日程コース(5日間)	⇒	講義のみコースの受講年度	平成 29 年度
	<input type="radio"/> 演習のみコース(3日間)		※H24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む場合のみ記載		3 番目	5 人
フリガナ	ヒゴ ツバキ		④性別	⑤生年月日
氏名	肥後 つばき		男・女	昭和・平成 1 年 2 月 3 日
⑥現勤務先名称	相談支援事業所 〇〇		⑧現勤務先サービス	相談支援 居宅介護、療養介護、生活短期入所、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	〒 862-1234 熊本市中央区保田窪〇丁目〇-〇			
⑨電話番号	096-765-4321		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	1 年 6 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	② いる・いない
	直接支援業務	6 年 10 ヶ月		
	通算	8 年 4 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4-1参照		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 30 年 10 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	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			

受講申込者が所属する法人代表による推薦を行うこと。  
(事業所管理者等による推薦は不可。)

※ただし、これから新たに法人を立ち上げ、相談支援事業所の指定を受ける場合は、送付状にその旨を記載の上、受講申込者個人の住所、氏名、私印でお申込ください。

※上記以外の、個人申込は優先順位下位となります。

今年度の講義内容を前提とした演習が行われるので、既に講義のみを受講済の方も、極力、全日程コースをご受講ください。  
演習コースのみをお申込の方はH25年度～H29年度に受講した際の「受講証明書の写し」を必ず添付してください。H24年度以前の講義受講(受講証明書)は講義免除になりませんのでご注意ください。

全日程コース・演習コースに複数名お申し込みの場合は、法人全体における優先順位を記入。  
※事業所ごとではないので、ご注意ください。

③氏名、⑤生年月日の記載内容に基づき、修了証書を作成します。間違いの無いようご確認の上、楷書での記入をお願いします。お申込み内容に誤りがあった場合は、再発行でのご対応となります。

参考資料1「相談支援専門員の実務経験」を参照すること。  
受講申込時点で実務経験要件を満たしていなくても受講申し込みはできますが、優先順位は後順位となります。

補足説明

※相談支援業務:身体上又は精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務。

※直接支援業務:身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務。

【様式1 - 2枚目】

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。 相談支援事業所 ○○		所在地	熊本 市	事業種別 (複数可)	1. 指定特定 2. 指定一般 3. 指定障害児
指定状況	<input type="radio"/> 指定済	⇒	指定時期	H26年 12月	⇒	指定番号 4312345678
	<input type="radio"/> 指定申請予定	⇒	申請時期	年 月		
	<input type="radio"/> 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。					
	<input type="radio"/>	⇒ 交代予定時期	平成 30 年 10 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。						

従事予定事業所名については、指定申請予定又は申請予定時期未定の場合は仮称で構いません。その際は「名称(仮)」とご記載ください。

該当する指定状況に○を付けてください。該当する受講推薦理由に○を付けてください。

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	<input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない
---	---

同一法人内の修了者情報をご記入ください

「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)	3	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	2	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	1	人
勤務していない場合は、その理由を具体的に記入。 現在、サービス管理責任者として従事しているため		

※ 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ませんので、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。

<申込み前の自己チェック>

- 申込書の記入欄に必要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)

申込み前には必ず、自己チェックを行い、不備の無い状態でご提出をお願いします。