

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
 (サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者となる者用)
 (経過措置により、現在、サービス管理責任者等として従事している者用)

平成 年 月 日

次の者をサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者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。

次の者は、経過措置により、現在サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事しているため、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	フリガナ		② 性別	③ 生年月日		
	氏名		男・女	昭和・平成	年	月 日
④ 現勤務先情報	事業所名					
	所在地	〒				
	サービス種類	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、相談支援、高齢系サービス、その他()				
	電話番号		対象とする 主な障がい種別	身体	知的	精神 児童
⑤ 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()					
⑥ 現勤務先の事業所 指定年月日	平成 年 月 日			← ⑥については、経過措置により 従事している者の場合のみ記入。		
⑦ 障害福祉サービス等従事者基礎研修(新任従事者研修)の受講について <small>※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)</small>	未受講・受講済・本年度受講希望					
⑧ 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					

※サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事するためには、今回申し込む相談支援従事者初任者研修 講義部分(2日間)に加え、別途実施されるサービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)研修(3日間)を受講する必要があります。

＜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、受け付けられない場合があります
 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)