

【様式2】

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	〒 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 財団 太郎

事
長
之
金
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

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、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。

1 今回、推薦する受講者について

フリガナ	ヒゴ リンドウ		②性別	③生年月日	
①氏名	肥後 りんどう		男・女	昭和・平成 1年2月3日	
④現勤務先情報	事業所名	生活介護事業所 〇〇			
	所在地	〒 862-1234 熊本市中央区保田窪〇丁目〇-〇			
	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	096-765-4321	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 30 年 4 月 1 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)</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				

①氏名、③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。

経過措置により、現在「サービス管理責任者」または「児童発達支援管理責任者」として従事している場合のみ記入してください。

障害福祉サービス等従事者基礎研修(新任従事者研修)の受講状況について記入してください。(現在募集中～5月末締切、詳しくは当財団HPにてご確認下さい)

※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、受け付けでき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)

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