

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
 (現に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者用)

平成 年 月 日

次の者は、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ますが、知識の向上を図るため、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

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開始した時期				平成 年 月から			
⑥相談支援従事者初任者研修(講義部分)受講年度				平成 年度			
⑦サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者研修 修了年度				平成 年度			
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 ※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			
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			