

平成29年度 熊本県相談支援従事者現任研修 申込書

平成 年 月 日

記入における注意事項

- お申し込みの際は必ず **相談支援従事者 初任者研修 の修了証書のコピーを添付**して下さい。
- 現任研修受講が2回目以上の方は必ず **相談支援従事者 現任研修 の修了証書のコピーを添付**して下さい。
- 1事業所より、複数受講者がいる場合は、**必ず優先順位を記入**して下さい。
- 個人での申込の際は、現勤務先欄に自宅住所、連絡先を記入して下さい。
- 参加にあたって希望がありましたら、備考欄に記入して下さい。(例:車椅子利用。視覚障害のためパソコン持参、電源用意を希望等)

担当者名 _____ 連絡先 電話番号 _____ 受講決定・不決定通知書 送付先FAX _____

フリガナ			② 生 年 月 日	
①受講者氏名	男 ・ 女		昭和 ・ 平成	年 月 日
③現在、相談支援事業所において、相談支援業務に従事していますか			はい ・ いいえ	
④現勤務先 ※個人での申込の際は自宅住所、連絡先ご記入ください	法人名称	事業所名		
	役職名	業務内容 ○をつけてください	相談支援 ・ 管理者 ・ サビ管 支援員 ・ 高齢系 ・ その他()	
	所在地	〒		
	電話番号	福祉 圏域		
⑤相談支援事業所における相談支援業務の従事経験	経験	事業所名		従事期間
	①			年 月
	②			年 月
	③			年 月
	④			年 月
⑥研修の 修了状況	相談支援従事者 初任者研修 の修了年度	平成	年度	⑦対象としている 主な障害者種別
	※必ず、初任者研修の修了証書を添付して下さい 直近の 相談支援従事者 現任研修 の修了年度	平成	年度	
⑧受講の理由(下記より選択)				身体 ・ 知的 精神 ・ 児童
⑨同一法人で、申込者が複数名いる場合は、優先順位を記入。 ※事業所内ではなく、同一法人全体の受講希望者数及び優先順位を記載すること。				名中 番号
⑩備考				