

平成30年度 熊本県相談支援従事者現任研修 申込書

記入における注意事項

平成 年 月 日

- 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。
- 現任研修の受講経験がある場合は必ず **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。
- 障害者ケアマネジメント研修の受講経験がある場合は必ず **障害者ケアマネジメント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					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				現勤務先事業所が所属する【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 ※直近3箇所	経験	事業所名			従事期間			
	①				年	ヶ月		
	②				年	ヶ月		
	③				年	ヶ月		
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					
	※必ず、初任者研修の修了証書を添付して下さい			1回目				
	直近の 相談支援従事者 現任研修 の修了年度	平成	年度	平成	年度	平成	年度	
	※必ず、現任研修の修了証書を添付して下さい							
	※受講経験がない場合は空欄で構いません							
	障害者ケアマネジメント研修の受講有無、修了年度	有・無	平成	年度				
	※必ず、初任者研修の修了証書を添付して下さい							
⑦受講の理由(下記より選択)								
1. 現在、相談支援専門員として 従事しており 、資質向上のため								
2. 現在は相談支援事業所において相談支援業務に 従事していない が、初任者研修受講後、5年経過するため								
3. その他								
⑧同一法人で、申込者が複数名いる場合は、優先順位を記入。						名中 番号		
※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。								
⑨ 備考								