様式 1

平成２９年度　熊本県相談支援従事者専門コース別研修受講申込書
（相談支援事業所用）

平成２９年度熊本県相談支援従事者専門コース別研修に、下記の者を受講させたいので推薦します。

平成３０年　　月　　日

相談支援事業所名

代表者職氏名　　印

フリガナ 受講者氏名			
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	性別	男・女
所属	法人名	相談支援事業所名	
相談支援 事業所種別	※該当するもの全てに〇を付けること。 特定相談支援　・　障害児相談支援　・　一般相談支援		
事業所 所在地	（〒　　－　　） 住所 TEL　　FAX		
相談支援事業所で相談支援専門員として従事している期間（申込時点）	年　　ヶ月	事業所内優先順位	／　　人中
相談支援 従事者研修 受講修了年度	初任者研修受講修了年度　平成　　年度（※） 現任研修受講修了年度（直近）　平成　　年度　・　未受講 （※）全日程（５日間）又は演習のみ（３日間）の受講修了年度を記載すること。		

送付先：（公財）総合健康推進財団　相談支援従事者研修係
〒862-0926　熊本市中央区保田窪 1-10-38
FAX　096-386-7127