

【追加募集一様式1】

平成30年度 福岡県相談支援従事者初任者研修（1，2日目）受講申込書
（指定相談支援事業所で相談支援専門員になる者用）

事務局確認欄

1 受講申込について

①講義のみ	申込先		日程		会場	
	公益財団法人 総合健康推進財団		8/30(木)、8/31(金)		ウエルとばた	
②フリガナ				④性別	⑤生年月日	
③受講者 氏名				男・女	昭和・平成 年 月 日	
⑥現勤務先 情報	事業所名			サービス 種類	相談支援、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、GH、 就労移行、就労A型、就労B型、放課後等デイ、 障がい児入所支援、高齢者福祉サービス、 その他()	
	所在地	〒				
	電話番号			対象としている 主な障がい者 種別	身体 知的 精神 児童 その他()	
⑦実務経験	・実務経験 合計 ⇒ 【 年 月】 ※平成31年3月末までの見込で記載					
	・相談支援専門員の要件となる実務経験を ⇒ 【 満たしている ・ 満たしていない 】					
	・実務経験を満たしている場合、「参考資料1」に該当する①～④を記載 ⇒ 【 】					
	・主な勤務事業所名 ⇒ 【 】					
⑧相談支援事業所で相談支援専門員として従事開始する予定時期			平成 年 月		・ 未定	
⑨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	

2 法人からの推薦について

次の者を指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障がい児相談支援事業所の相談支援専門員として従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

法人所在地	〒					
法人名称						法人印
代表者	役職			氏名		
担当者				電話番号		
				FAX		

理由書 ※配置予定の法人より推薦を得られない場合は、その理由を記入してください。

受講者署名 印

同一事業所で、講義コースに複数名申込の場合は、優先順位を記入してください。

番目 / 人中

※空欄があると受付いたしません。必ず全てご記入ください。ご不明な点は記入例をご参照ください。

【申し込み前の自己チェック】

- 申込書の記入欄に必要な事項を全て記入する ※記入漏れがあった場合、受付できない場合があります
- 申込書を印刷して用意する ※送付は1枚目のみで結構です
- 推薦欄に法人印を捺印する
- 「同一事業所内」での優先順位を記入する
- 申込み1名につき、返信用封筒(A4サイズ、120円切手)を1枚、添付する

【必ずお読みください】

※申し込みは必ず事業所ごとにまとめておこなってください。可否決定通知は「現在勤務している事業所」宛におこないます。

個人で申し込みをする場合は、⑥現勤務先欄に自宅住所、連絡先を記入の上、理由書欄を記入してください。

※受講申込書及び受講者推薦において、空欄や提出する書類に虚偽の内容が認められた場合は、受講申し込みを取り消し、今後申し込みを受付けない場合がありますので、正確にご記入ください。

※追加募集のため、選考は行いません。募集期間中に不備のない申込書を送付いただいたお申込を先着順に受付いたします。募集期間中であっても、定員を満了した場合は受付終了致しますので、ご希望の際はお早めにお申込下さい。

※今回の募集は講義日程のみです。相談支援専門員になるためには、5年度以内(H35年度まで)に演習日程(3～5日目のみ)修了が必要です。 本年度の演習日程は募集終了しております。