

平成28年度 熊本県障害福祉サービス等従事者基礎研修【新任従事者】  
受講申込書

平成28年 8月10日

|   |   |    |  |
|---|---|----|--|
| ふりがな<br>受講者氏名   | ざいだん はなこ  |    |  |
|   | 財団 花子   |    |  |
| 生年月日  | <input checked="" type="radio"/> S ・ H 56年 7月 8日  | 性別 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 事業者名<br>(法人名)   | 一般社団法人 水前寺  |    |  |
| 事業所名  | 肥後  |    |  |
| 事業所指定番号   | 43 <u>12345678</u>  |    |  |
| 事業所種別<br>※該当するもの<br>に○                                      | 居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、<br>自立訓練、 <input checked="" type="radio"/> 就労移行、 <input checked="" type="radio"/> 就労継続A型、 <input checked="" type="radio"/> 就労継続B型、GH、相談支援、<br>児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設 |    |  |
| 事業所<br>所在地  | (〒 862 - 0926 )<br>住所 熊本市中央区保田窪1-10-38<br>TEL 096-123-4567 FAX 096-765-4321   |    |  |
| 現在の職種<br>※1~4のいずれ<br>れかに○。<br>※4の場合、職種<br>名(生活支援員<br>等)を記載。 | 1 サービス管理責任者として従事している。<br>2 児童発達支援管理責任者として従事している。<br>3 サービス提供責任者として従事している。<br><input checked="" type="radio"/> 4 その他職種として従事している(職種名: <b>生活支援員</b> )  |    |  |
| 研修受講予定の<br>有無<br>(有の場合は時期も)                                 | 相談支援従事者初任者研修の受講予定<br><input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有(今年度・1~2年後・3年後以降) ・ 受講済<br>サービス管理責任者等研修の受講予定<br><input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有(今年度・1~2年後・3年後以降) ・ 受講済  |    |  |
| 現職種での<br>従事年数<br>(H28.8.1時点)                                | 1年 1ヶ月  |    |  |
| 困っていることや質問等(具体的に記載して下さい)                                    |   |    |  |

送付先: 公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部  
〒862-0926  
熊本市中央区保田窪1-10-38  
FAX 096-386-7127