

平成30年度 熊本県障害福祉サービス等従事者基礎研修【新任従事者研修】
受講申込書

平成30年4月23日

希望コース (どちらかに○)	6月23日(土)	○	10月26日(金)
-------------------	----------	---	-----------

ふりがな ①受講者氏名	ざいだん たろう		②同一事業所から複数名申込の場合優先順位	
	財団 太郎		1 番目 / 3 人中	
③生年月日	S ・ (H) 4 年 4 月 4 日	④性別	(男) ・ 女	
⑤事業者名 (法人名)	社会福祉法人 ○○会			
⑥事業所名	放課後等デイサービス△△△			
⑦事業所 所在地	(〒 862 - 0926) 住所：熊本市中央区保田窪 1-10-38 TEL：096-285-7010 FAX：096-386-7127			
⑧事業所種別 ※該当するものに ○	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、自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、グループホーム、相談支援、児童発達支援、 <u>放課後等デイサービス</u> 、保育所等訪問支援、障害児入所施設			
⑨研修受講予定の有無 (有の場合は時期も)	相談支援従事者初任者研修 (無) ・ 有(済 ・ 今年度 ・ 1~2年後 ・ 3年後以降) サービス管理責任者等研修 無 ・ (有) (済 ・ <u>今年度</u> ・ 1~2年後 ・ 3年後以降)			
⑩現在の職種 ※1~5のいずれかに○ ※5の場合、職種名 (生活支援員等)を 記載	1 サービス管理責任者として従事している。 2 児童発達支援管理責任者として従事している。 3 サービス提供責任者として従事している。 4 相談支援専門員として従事している。 (5) その他職種として従事している(職種名： <u>児童指導員</u>)			
⑪資格について	社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 社会福祉主事任用資格 ・ 看護師 訪問介護員(級) ・ 保育士 ・ <u>児童指導員任用資格</u> ・ その他()			
⑫障害福祉サービス における従事年数	5 年 3 ヶ月 (H30.4月末時点)	⑬現職種におけ る従事年数	2 年 3 ヶ月 (H30.4月末時点)	
⑭困っていることや質問等(具体的に記載して下さい)				

※当該研修は、相談支援従事者及びサービス管理責任者等として従事するにあたり、事前に学んでいただきたい基礎的な内容となっております。

送付先：公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部
(郵送) 〒862-0976 熊本市中央区保田窪 1-10-38
(FAX) 096-386-7127