

**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 月 日

ふりがな 受講者氏名			
生年月日	S · H 年 月 日	性別	男 · 女
事業者名 (法人名)			
事業所名			
事業所指定番号	43 _____		
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、GH、相談支援、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		
事業所所在地	(〒 _____ ) 住所  TEL _____ FAX _____		
現在の職種 ※1～4のいずれかに○。 ※4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 その他職種として従事している(職種名: _____)		
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の受講予定 無 · 有(今年度 · 1～2年後 · 3年後以降) · 受講済 サービス管理責任者等研修の受講予定 無 · 有(今年度 · 1～2年後 · 3年後以降) · 受講済		
現職種での 従事年数 (H28.8.1時点)	年 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