

平成29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29年 月 日

希望コース (どちらかに○)		9月8日(金)		11月17日(金)
-------------------	--	---------	--	-----------

ふりがな ①受講者氏名							
②生年月日	S	・	H	年 月 日	③性別	男・女	
④事業者名 (法人名)							
⑤事業所名							
⑥事業所 所在地	(〒 -) 住所： TEL： FAX：						
⑦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、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						
⑧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 ・ 今年度 ・ 1～2年後 ・ 3年後以降)						
⑨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：)						
⑩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 ・ 児童指導員任用資格 ・ その他()						
⑪障害福祉サービス における従事年数	年	ヶ月	(H29.6月末時点)	⑫現職種におけ る従事年数	年	ヶ月	(H29.6月末時点)
⑬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