

受付No		
No		

現任研修

令和元年度大阪府相談支援従事者現任研修 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、事業所等代表者から推薦を受けてください。  
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入し、○印をし、☑をしてください。  
 ※記入漏れや不備があった場合は申込受付をいたしません。

ふりがな		性別	男・女	
申込者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
ご自宅の住所	〒 -			
申込者問い合わせ先	自宅等 ( ☎ - - ) ※平日の日中に連絡がつく電話番号			
受講申し込みコース ※○をつけて下さい	現任者コース ※現に相談支援専門員として従事されている人向けのコースです。		予定者コース ※今後、相談支援専門員として従事する予定の人向けのコースです。	
初任者研修等の 修了年度	相談支援従事者初任者研修の修了者 (1日課程または5日課程)		平成	年度 修了
現任研修の 修了年度	1回目の現任研修修了年度 ※該当者のみ		平成	年度 修了
	2回目の現任研修修了年度 ※該当者のみ		平成	年度 修了
初任者研修終了後の 実務経験年数	相談支援専門員としての実務経験		通算	年 月
	相談支援専門員以外の実務経験		通算	年 月
現在従事している 事業所について	法人名			
	事業所名		事業所所在 市区町村	
	事業所所在地	〒 -		
	事業所電話番号	-	-	担当者名
	事業種別 (※該当するものに○をつ けてください)	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援(A型・B型) 5. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 6. 共同生活援助 7. 障がい児通所支援 8. 障がい児入所支援 9. 一般相談支援 10. 特定相談支援 11. 障がい児相談支援 12. 重度障がい者等包括支援 13. 基幹相談支援センター 14. 市町村・府機関 15. 居宅介護 16. 施設入所支援 17. 短期入所 18. 高齢福祉関係 19. 自立生活援助 20. その他( )		
現在従事している 業務について	相談支援事業 (一般・特定・基幹相談等)	1. 相談支援専門員 2. その他( )		
	障がい福祉サービス	1. サービス提供責任者 2. 居宅介護等の従事者(ホームヘルパー) 3. サービス管理責任者 4. 生活支援員 5. 世話人 6. 地域移行支援員 7. 職業指導員 8. 就労支援員 9. その他( )		
	障がい児通所支援 障がい児入所支援	1. 児童発達支援管理責任者 2. 児童指導員 3. 保育士 4. 訪問支援員 5. その他( )		
	その他	1. ガイドヘルパー 2. 地域活動支援センターの従事者 3. 介護支援専門員 4. その他( )		

**推 薦 欄**

下記の者は、申込書記載内容について相違ないことを確認し、申込者を受講者として推薦いたします。  
 また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて承知しています。

令和元年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

〒 -

事業所所在地 \_\_\_\_\_

法人・事業所代表者 資格・氏名 \_\_\_\_\_

法人・事業所  
印

**受講申込者署名欄**

本研修の受講申し込みにあたり、学則及び募集要項等の記載内容を了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。  
 また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。  
 当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。

令和元年 月 日 受講申込者署名 \_\_\_\_\_

**理 由 書** ※配置予定の法人から推薦が得られない場合は必ず理由を記入してください。

令和元年 月 日 受講申込者署名 \_\_\_\_\_

**情報提供の同意確認欄** ※必ず下記どちらかに☑を記入してください（受講の可否には影響しません）。

市町村における相談支援の提供体制の整備を推進するため、申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、市町村に情報提供することを

了承します  了承しません

研修受講にあたり 配慮すべき事項	必要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記	同行介助者 （有・無）
	不要	4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）	
※ 配慮について【必要】な方のみ、上記該当する項目に○をつけてください			