

受付No	
No	

現任研修

令和3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

※申込者が記入のうえ、事業所等代表者から推薦を受けてください。本人が自筆できない場合は代筆を可とします。
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入し、該当欄を〇印で囲んでください。書類に不備があった場合は申込受付をいたしません。

ふりがな	けんしゅう	さぶろう	性別	男・女
申込者氏名	研修	三郎	生年月日	昭和 平成 42年 1月 1日
自宅の住所	〒558-0000 大阪市住吉区××3丁目3番3号 講義資料などはご自宅に送付しますので、お間違えのないようご記入ください			
申込者問い合わせ先	自宅など (☎ 090 - ×××× - △△□□) ※平日の日中に連絡がつく電話番号			
研修受講にあたり 配慮すべき事項	1. 必要 2. 不要	1. 車いす (電動・手動) 2. 手話通訳 3. 点字資料 4. 要約筆記 5. 拡大文字 6. その他 () ※ 配慮について【必要】な方のみ、該当する項目に〇をつけてください		同行介助者 (有・無)
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、7日課程)	平成・令和 23年度 修了		
現任 (主任) 研修 の修了年度 ※該当者のみ	1回目の現任研修修了年度	平成 28年度 修了		
	2回目の現任 (及び主任) 研修修了年度	平成・令和 年度 修了		
直近の実務経験年数 (過去5年分)	相談支援専門員としての実務経験 (令和3年6月21日現在)	通算 4年 6月	現在担当している相談ケース数	
	相談支援専門員以外の実務経験 (令和3年6月21日現在)	通算 年 6月	△△件 相談業務を担当していない場合は0件	
インターバル (課題実習) 受入先	配置予定の事業所所在地の市区町村名 (インターバル受入先の地域) 大阪市 東住吉区			
現在従事している 事業所について	法人名	特定非営利活動法人おおさか		
	事業所名	相談支援事業所ふくすぼ	事業所所在 市区町村	大阪市 東住吉区
	事業所所在地	〒546-×××× 大阪市東住吉区〇〇1丁目2番3号		
	事業所電話番号	06-9876-543×	担当者名	ケンシュウ ハナコ
	事業種別 (主たる業務1つに〇)	1. 相談支援事業 (一般・特定) 2. 基幹相談支援センター 3. 障がい児相談支援 4. 就労移行支援 5. 就労継続支援 (A型・B型) 6. 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 障がい児通所支援 9. 障がい児入所支援 10. 療養介護 11. 生活介護 12. 居宅介護 13. 短期入所 14. 重度障がい者等包括支援 15. 施設入所支援 16. 高齢福祉関係 17. 自立生活援助 18. 市町村・府機関		
現在従事している 業務について (主たる業務1つに〇)	相談支援事業	1. 相談支援専門員 (一般・特定・基幹相談) 2. その他 ()		
	障がい福祉サービス	1. サービス管理責任者 2. 居宅介護等の従事者 (ホームヘルパー) 3. サービス提供責任者 4. 生活支援員 5. 就労支援員 6. 地域移行支援員 7. 職業指導員 8. 世話人		
	障がい児通所・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 3. 介護支援専門員 4. その他 ()		

コメントの追加 [F1]: 特殊な漢字の方は、正しくご記入ください。
【例: 高・崎・・】など

コメントの追加 [F2]: 9時から17時の間に連絡がつく電話番号を記入してください

コメントの追加 [F3]: 募集要項の受講対象者の内容を確認後、修了証書の写しを添付
(例1) 平成28年度以降に初任者研修を修了された方
・初任者研修5日課程の修了証書
(例2) 平成23年度~27年度に初任者研修を修了された方
・初任者研修5日課程の修了証書
・現任研修の修了証書 (1枚)

コメントの追加 [F4]: 現在、相談支援専門員として担当されている相談件数をご記入ください
・申し込み時点で相談業務を担当されていない場合は0件と記入

コメントの追加 [F5]: 現在従事している事業所、または配置予定の事業所所在地を記入してください
・大阪市と堺市は市と区を記入

コメントの追加 [F6]: 該当する主な業務1つに〇をつけてください

コメントの追加 [F7]: 該当する主な職種1つに〇をつけてください

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 3 年 4 月 〇〇日

受講申込者署名 研修 三郎

コメントの追加 [F8]: 自筆で記入してください
・本人が自筆できない場合は代筆可

推薦書

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。
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 3 年 4 月 △△日

コメントの追加 [F9]: 推薦の年月日を忘れずにご記入ください

法人名 特定非営利活動法人おおさか

事業所名 相談支援事業所ふくすぼ

法人・事業所

〒546-XXXX

印

コメントの追加 [F10]: 法人または事業所等の公印を必ず押印してください

事業所所在地 大阪府大阪市東住吉区XX1丁目2番3号

法人・事業所
代表者 資格・氏名 _____

理由書 ※個人申込か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。

- 〔理由欄〕 相談支援専門員として、従事する事業所が未定のため
 その他 ()
 法人立ち上げ中のため推薦が得られない (下記内容をご確認の上、ご署名ください)
・研修受講開始前までに本申込書「推薦欄」を記入し、公印を押印の上、再提出します。
・再提出できない場合、受講取消及び受講料の返還がないことについて了承します。

令和 3 年 月 日

法人・企業名

令和 年 月 日 設立予定 法人・企業等
代表者署名 (自筆) _____ 印

コメントの追加 [F11]: 配置予定の法人・事業所等からの推薦が得られない場合は署名をご記入ください

情報提供の同意確認欄 ※必ず下記どちらかを○印で囲ってください (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体制整備の推進及びインターバル受入のため、本申込書の記載内容と受講後の修了状況について、市町村に対し情報を提供すること、市町村からインターバル受入及び相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを、

1. 了承します 2. 了承しません

コメントの追加 [F12]: 必ずどちらかに○をつけてください