

現任研修

受付No

No

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○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			性 別	男 ・ 女	
申込者氏名			生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
自宅の住所	〒 - 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（ ☎ - - ） ※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	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（ ）			同行介助者 （有 ・ 無）
	2. 不要	※ 配慮について【必要】な方のみ、該当する項目に○をつけてください			
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 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 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 年 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 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）				
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 （主たる業務1つに○）	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（機能的訓練・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○）	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（ ）			

