

7日課程 様式1

受付NO	
NO	

令和2年度大阪府相談支援従事者初任者研修（7日課程） 受講申込書及び推薦書

※申込者をご記入のうえ、事業所等代表者から推薦を
 ※各項目について記入漏れなく正確に記入し、該当欄
 特殊な漢字の方は、正しくご記入ください
 【例：高・崎・別】など
 代筆を可とします。
 場合は申込受付をいたしません。

ふりがな	けんしゅう	はなこ	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
申込者氏名	研修	花子	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 41年1月1日
ご自宅の住所	〒558-0000 大阪府大阪市住吉区××2丁目2番××号 午前9時から午後5時の間に連絡のとれる電話番号をお願いします			
申込者問合せ先	☎000-XXXX-△△△△ ※平日の日中に連絡がつく番号をご記入ください			
研修受講にあたり配慮すべき事項	1. <input checked="" type="radio"/> 必要 2. <input type="radio"/> 不要 1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ） 同行介助者（有・無） ※ 必要か不要かに○印をつけて、配慮が必要な方は上記の該当項目に○をつけてください。			
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	生活介護ふくすぼ	事業所所在市区町村	大阪市東住吉区
	事業所所在地	〒546-XXXX 大阪府大阪市東住吉区××4丁目5番6号		
	事業所電話番号	☎ 06-△△△△-0000	担当者名(カタカナ)	オオサカ ハナコ
	事業種別	1. 療養介護 <input checked="" type="radio"/> 2. 生活介護 3. 就労支援 4. 障がい児支援 5. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 6. 共同生活援助 7. 自立生活援助 ※該当する番号に○をつけてください 8. 市町村・府機関 9. 相談支援 10. 居宅介護・同行（行動）援護 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）		
実務経験年数	実務経験要件にかかる資格	1. 社会福祉主事任用資格者 <input checked="" type="radio"/> 2. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 3. 障害者福祉士 4. 介護福祉士 5. 介護福祉士 6. 社会福祉士 7. 社会福祉士 8. 社会福祉士 9. 社会福祉士 10. 社会福祉士 11. 社会福祉士 12. 社会福祉士 13. 社会福祉士 14. 社会福祉士 15. 社会福祉士 16. 社会福祉士 17. 社会福祉士 18. 社会福祉士 19. 社会福祉士 20. 社会福祉士 ※勤務年月日の合計になるようにご記入ください ※実務経験につきましては、各事業の届け出をしている指定権者までお問い合わせください ※経歴書などの提出は不要です		
※実務経験要件に該当する期間をご記入ください	①相談支援業務	3年 3ヶ月	※支援専門員の要件となる実務経験年数 通算 11年 3ヶ月 (令和2年8月28日時点)	
※管理者は実務経験年数に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務をご記入ください	②直接支援業務	年 ヶ月		
	国家資格による業務	8年 ヶ月		
※実務経験の年数要件を満たしているかについては、指定権者にご確認ください。				

相談支援専門員、重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として従事する予定の事業所について
(配置予定日までに実務経験要件を満たすこと)

下記の2項目の内、該当する箇所にチェックをして、必要事項をご記入ください

〇〇相談支援センター

事業所所在
市区町村

大阪市・町・村
東住吉区

配置および受講申込者の配置について、欄に選択のうえ、全てご記入ください

既存事業所

指定番号

指定年月日

申込者

(予定)年月日

令和

年

月

日

既に指定を受けている事業所は、その障がい福祉サービス指定事業所の番号を記入してください。
大阪府の場合…27××××××××××
※介護保険関係等の事業所番号ではありません

担当課

ありますので、わかる範囲で記載してください

これから申請

事業開始(予定)年月日

令和3年4月1日

令和 年度中に開始予定
開始年度未定

配置(予定)年月日

令和3年4月1日

令和 年度中に配置予定
配置年度未定

相談支援専門員以外の
職種との兼務予定

予定年度のみ決まっている場合は年度のみ、月まで決まっている場合は予定月まで構いませんので、必ずご記入ください

事業種別
(主な該当事業に〇)

1. 一般相談支援 2. 特定
4. 重度障がい児等包括支援
7. その他()

5. 基幹相談支援センター 6. 市町村等

配置および優先順位

現時点の相談支援専門員の数

0人

※事業開始前の場合は0としてください

同一事業所から複数申し込みをする場合の優先順位
※配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください

____ 人中 ____ 人目

推薦欄

下記の者は、指定相談支援事業所の相談支援専門員または重度障がい者包括支援事業のサービス提供責任者として、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、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の必要な措置を行うことについて承知します。

令和2年8月 日

法人名

特定非営利活動法人おおさか

事業所等名

〇〇〇相談支援センター

事業所等所在地

〒546-XXXX
大阪府大阪市東住吉区XX4丁目5番6号

法人・事業所等

代表者 資格・氏名

理事長 大阪 市太郎

法人または事業所等の公印
を押印してください

法人または事業所

印

※個人印・コピー不可

申込者署名欄

本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項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2年8月〇〇日

申込者署名(自筆) 研修 花子

理由書

※配置予定の法人(事業所)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。

相談支援専門員または重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として従事する事業所が未定
その他()

法人設立中のため推薦が得られない(下記について10月末までに本申込書「推薦欄」を記入し、公印を押印して再提出できない場合、受講取消及び受講料の返還がない)

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、必ずご自身の署名をお願いします

令和 年 月 日 申込者署名(自筆)

情報提供の
同意確認欄

本申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、大阪府等指定権者に対し情報を提供すること及び市町村から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、

了承します

了承しません

※必ずどちらかにをしてください(受講の可否には影響しません)。