

受付No	
No	

現任研修

令和2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。なお記入は、
※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。

特殊な漢字の方は、正しくご記入ください。
【例：高・崎・別】など

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		9時から17時の間に連絡がつく電話番号を記入	
申込者問い合わせ先	自宅等 (☎ 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	必要 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)
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 22年度 修了	
現任研修の	1回目 修了年度 ※該当者のみ		平成 27年度 修了	
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27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22年度～26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)	2回目 修了年度 ※該当者のみ		令和 年度 修了	
事業所の実務経験	3年 6月 (令和2年6月30日現在)		通算 4年 6月 (令和2年6月30日現在)	
事業所の実務経験	年 6月 (令和2年6月30日現在)		通算 年 6月 (令和2年6月30日現在)	
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ぽ	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 (※該当するものに○をつ)	1. 一般相談支援 2. 特定相談支援 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. 療養介護 10. 生活介護 11. 障がい児相談支援 12. 重度障がい者等包括支援 13. 居宅介護 14. 短期入所 15. 施設入所支援 16. 福祉関係 17. 自立生活援助 18. 基幹相談支援センター 19. 市町村・府機関 ()		
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 ()		

該当する主な職種1つに○をつけてください。

