

## 7日課程 様式1

受付NO		
NO		

## 令和4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

※申込者が作成をして、事業所等代表者から推薦を受けてください。申込者署名欄は、自筆で署名ができない場合は代筆を可とします。

※各項目について漏れのないよう正確に記入してください。書類に不備があった場合は申込受付をいたしません。

※申込みの内容により虚偽が判明した場合は、修了証書交付後であっても修了取消し等の措置を講ずることがあります。

ふりがな			生年月日	
申込者氏名			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成	
自宅住所	〒 ※講義資料を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			
申込者問合せ先	☎ ◀緊急時にも連絡が可能な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.必要	1. 車いす（電動・手動）	2. 手話通訳	3. 点字資料
	2.不要	4. 要約筆記 5. 拡大文字 6. その他（ ）		
				同行介助者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現在従事している 事業所および 実施事業種別	法人名			
	事業所名			
	事業所所在地	〒		
	事業所電話番号	☎	担当者名 (ひらがな)	
	事業種別 ※主たる事業に○を 1個つけてください	1. 療養介護 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 8. 市町村・府機関 9. 相談支援 10. 居宅・訪問介護・同行支援 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）		
実務経験年数	相談支援の業務	① 年 月	①と②が 重複しない よう合算	相談支援専門員の要件となる実務経験年数 (令和4年11月20日時点)
	介護等の業務	② 年 月		通算 年 月
	実務経験要件に 該当する資格 ※該当する資格に○をつける ▶6～10は国家資格	1.社会福祉主事任用資格者 2.訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 3.保育士 4.児童指導員任用資格者 5.精神障がい者社会復帰指導員 6.介護福祉士 7.社会福祉士 8.精神保健福祉士 9.看護師 10.その他国家資格（ ） 11.資格なし		
国家資格以外の業務 1～5	年 月	国家資格による業務 6～10	年 月	
◀記入の際の注意点▶ ・管理者は実務経験年数に含まないため、兼務の場合は管理者以外の業務を記入 ・相談支援業務・直接支援業務は実際に従事した日数が1年あたり180日以上あるものを要件とします ※その他の国家資格の方は、【参考1】「相談支援専門員の要件となる実務経験について」の(ト)をご確認ください。 ※実務経験については上記【参考1】を確認した上で、【参考2】の「大阪府及び府内市町村の指定指導担当部署 連絡先一覧」に記載の、事業所所在地の各市町村窓口にご確認ください。				

**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**

※サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事される方は、**2日課程**をお申し込みください。

事業所名	※決まっていない場合は未定と記入	事業所所在 市区町村	市 町 村	区
------	------------------	---------------	-------------	---

事業種別 ※主たる事業に○を 1個つけてください	1. 一般相談支援	2. 特定相談支援	3. 障がい児相談支援	4. 重度障がい児等包括支援
	5. 基幹相談支援センター	6. 市町村等	7. その他 ( )	

▼ **事業開始および受講申込者の配置について、「新規」か「既存」の☐欄を選択のうえ、全てご記入ください**

☐ <b>新規事業所</b>	事業開始(予定)年月	<input type="checkbox"/> 令和 年 月	◀いずれかの ☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和 年度に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始時期は未定	
	受講申込者の配置(予定)年月	<input type="checkbox"/> 令和 年 月	◀いずれかの ☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和 年度に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置時期は未定	
▶今年度中に新規事業所を申請予定の方は、各市町村の指定権者に提出予定の「指定申請書」と「指定に関する記載事項」の複写を添付してください。			

☐ <b>既存事業所</b>	指定番号	指定年月日	平成・令和 年 月 日
	受講申込者の配置(予定)年月	<input type="checkbox"/> 令和 年 月	◀いずれかの ☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和 年度に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置時期は未定	
	配置事由	<input type="checkbox"/> 交代 人目	<input type="checkbox"/> 増員 人目
	現時点の相談支援専門員の人数	人	現時点の契約利用者数 人

**同一事業所から複数配置(申込み)する場合の優先順位** 人中 人目 ◀配置予定の事業所等代表者に確認して正確に記入してください

インターバル受入先 ※政令指定都市は区名を記入	市・ 町・村	区	◀インターバル受入先は、現在勤務されている事業所所在地の市区町村となります
----------------------------	-----------	---	---------------------------------------

▼ **推薦欄は、申込者が現在従事している法人/事業所等代表者(推薦者)がご記入ください**

**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了承します。

令和 年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

事業所等名 \_\_\_\_\_

事業所等所在地 〒 \_\_\_\_\_

法人・事業所等 代表者 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

法人または  
事業所

印

▼ **推薦が得られない、または推薦者が現在の勤務されている法人と異なる場合は、必ず理由をご記入ください**

**理由書**

相談支援専門員として、従事する事業所が未定のため

法人設立予定のため推薦が得られない

現在従事している法人を退職して推薦法人に従事予定

その他 ( )

**受講申込者署名並びに情報提供の同意確認欄**

\*本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項の内容に了承し、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。  
\*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了承します。

令和 年 月 日

受講申込者署名(自筆)