

7日課程 様式1

受付NO

NO

令和3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。

※各項目について記入漏れなく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。

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	〒 - ※講義資料を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				
申込者問合せ先	☎	-	-	※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. 必要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 点字資料			同行介助者 （有・無）
	2. 不要	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○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				
	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 （ひらがな）
	事業種別 ※主たる事業1つ の番号を記入	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. 居宅介護・同行（行動）援護 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）			番号記入欄
実務経験年数	①相談支援業務	年 月		相談支援専門員の要件となる実務経験年数	
	②直接支援業務	年 月		通算 年 月	
	①②の内、該当資格 による業務年数	通算 年 月		(令和3年9月21日時点)	
«記入の際の注意点» ・【参考1】の資料を元に実務経験に該当する資格と期間を記入 ・管理者は実務経験年数に含まないので、兼務の場合は管理者以外の業務を記入	実務経験要件に 該当する資格	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. 児童指導任用資格者 5. 精神障がい者社会復帰指導員 6. 社会福祉士 7. 介護福祉士 8. 精神保健福祉士 9. 資格なし			番号記入欄
	1～8以外の資格	資格名	年 月		
※実務経験の年数要件が満たされているかかは【参考1】「相談支援専門員の要件となる実務経験について」を元にチェックし、【参考2】の表に記載されている事業所所在地の指定権者にご確認ください。					

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承知します。

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 資格・氏名

法人または
事業所

印

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 年 月 日

申込者署名（自筆）

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

法人設立中のため推薦が得られない（下記についてご確認の上、ご署名ください）

10月末までに本申込書「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。

その他（ ）

令和 年 月 日

法人等 代表者署名（自筆）

印

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）

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
------	------------------	---------------	------------

事業開始および受講申込者の配置について、どちらかの欄を選択のうえ、全てご記入ください

<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	指定年月日	年 月 日
--------------------------------	------	-------	-------

<input type="checkbox"/> これから申請	申請先（市区町村）	担当課 ※申請内容を確認する事があります
---------------------------------	-----------	----------------------

事業開始(予定) 年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 年度に開始 <input type="checkbox"/> 令和 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定
--------------	-------	--

申込者の配置(予定) 年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置年度未定
----------------	----------	---

相談支援専門員以外の 職種との兼務予定	1. あり（事業種別： 職種： ） 2. なし 3. 未定
------------------------	----------------------------------

事業種別 ※主たる事業1つ の番号を記入	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（ ）	番号記入欄
----------------------------	---	-------

配置および優先順位	現時点の相談支援専門員の数	_____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

インターバル受入先 ※政令指定都市は区を記入	市・ 町・村	区	【インターバル受入先の地域について】 ※配置予定の事業所所在地の市区町村で行います
---------------------------	-----------	---	--

情報提供の 同意確認欄	市町村における相談支援の提供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、また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、 <input type="checkbox"/> 了承します <input type="checkbox"/> 了承しません ※必ずどちらかに印をしてください（受講の可否には影響しません）
----------------	---

7日課程 様式1

受付NO	
NO	

令和3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。
 ※各項目について記入漏れなく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。

ふりがな	けんしゅう	はなこ	性別	男・女
申込者氏名	研修	花子	生年月日	昭和41年1月1日 平成
自宅の住所	〒●●●-〇〇〇〇 大阪府大阪市天王寺区××2丁目2番2号 ※講義資料を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			
申込者問合せ先	☎ 〇〇〇-××××-△△△△ ※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. 必要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 点字資料		同行介助者 （有・無）
	2. 不要	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○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	〒〇〇〇-×××× 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-△△△△-〇〇〇〇	担当者名 （ひらがな）	ナニワ ハナコ
	事業種別 ※主たる事業番号 を1つ記入	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. 居宅介護・同行（行動）援護 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）		番号記入欄 2
実務経験年数	①相談支援業務	5年 2ヶ月	相談支援専門員の要件となる実務経験年数	
	②直接支援業務	5年 3ヶ月	通算 10年 5ヶ月 （令和3年9月21日時点）	
	①②の内、該当資格 による業務年数	通算 5年 2ヶ月		
<記入の際の注意点> ・【参考1】の資料を元に実務経験 に該当する資格と期間を記入 ・管理者は実務経験年数に含ま ないので、兼務の場合は管理者以外 の業務を記入	実務経験要件に 該当する資格	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. 児童指導任用資格者 5. 精神障がい者社会復帰指導員 6. 社会福祉士 7. 介護福祉士 8. 精神保健福祉士 9. 資格なし ※上記以外の資格の方は、【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		番号記入欄 6
	1～8以外の資格	資格名	年 月	
※実務経験の年数要件が満たされているか否かは【参考1】「相談支援専門員の要件となる実務経験について」を元にチェックし、【参考2】の表に記載されている事業所所在地の指定権者にご確認ください。				

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承知します。
	令和 3 年 9 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 大阪府大阪市此花区xx 4 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 印

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 3 年 9 月 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 法人設立中のため推薦が得られない（下記についてご確認の上、ご署名ください） 10月未までに本申込書「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。 <input type="checkbox"/> その他（ ） 令和 年 月 日 法人等 代表者署名 (自筆) 印
------------	---

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)			
事業所名	※決まっていない場合は未定と記入 〇〇〇相談支援センター	事業所所在 市区町村	大阪市 此花区

事業開始および受講申込者の配置について、どちらかの欄を選択のうえ、全てご記入ください			
<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	指定年月日	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> これから申請	申請先 (市区町村) 大阪市 此花区	担当課 ※申請内容を確認する事があります 〇〇課 オオサカ サブロウ	
事業開始(予定) 年月日	令和 4 年 4 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年度に開始 <input type="checkbox"/> 令和 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定	
申込者の配置 (予定) 年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置年度未定	

相談支援専門員以外の の職種との兼務予定	1. あり (事業種別 : 職種 :) <input checked="" type="radio"/> 2. なし 3. 未定
-------------------------	--

事業種別 ※主たる事業番号 を1つ記入	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 ()	番号記入欄	2
---------------------------	--	-------	---

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	2 人中 1 人目

インターバル受入先 ※政令指定都市は区を記入	大阪 市 此花 区 町・村	【インターバル受入先の地域について】 ※配置予定の事業所所在地の市区町村で行います
---------------------------	------------------	--

情報提供の 同意確認欄	市町村における相談支援の提供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、また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、 <input checked="" type="checkbox"/> 了承します <input type="checkbox"/> 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)
----------------	---