

5日課程 様式1

受付NO	
NO	

令和元年度大阪府相談支援従事者初任者研修（5日課程） 受講申込書及び推薦書

※申込者本人が自筆で記入のうえ、配置予定の法人・事業所等代表者から推薦
 ※各項目について、記入漏れのないように正確に記入し、○印をし、□をしてください
 ※記入漏れや不備があった場合は申込み受付をいたしません。

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	はなこ	性別	男	女
申込者氏名	研修	花子	生年月日	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2号				
申込者問合せ先	☎ 000-XXXX-△△△△ ※平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。				
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	大阪 花子	
	事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 就労定着 7. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 障がい児通所支援 11. 障がい児入所支援 12. 相談支援（一般・特定） 13. 障がい児相談支援 14. 重度障がい者等包括支援 15. 基幹相談支援センター 16. 市町村・府機関 17. 居宅介護 18. 重度訪問介護 19. 行動 ※該当する番号に○をつけてください 21. 短期入所 22. 施設入所支援 23. 高 24. その他（			
実務経験年数等	実務経験要件 にかかる資格	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. 児童指導員任用資格者 4. 保育士 5. 介護福祉士 6. 社会福祉士 7. 精神保健福祉士 8. その他国家資格（ ） 9. 資格なし			
	直接支援業務	年	ヶ月	相談支援専門員の要件となる実務経験年数 通算 11年 3ヶ月 (令和元年8月31日時点)	
	相談支援業務	3年	3ヶ月		
	国家資格で業務	8年	ヶ月		
研修にあたり 配慮すべき事項	必要 不要	1. 車いす（電動・手動） 4. 点字資料 5. 拡大文 ※必要か不要かに○印をつけ、必			

午前9時から午後5時の間に連絡のつく番号でお願いします。

要件となる実務経験・業務内容については(参考1)を参照してください。

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。

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	〇〇〇相談支援センター	事業所所在 市区町村	大阪市東住吉区
事業種別 (該当事業一つに○)	1. 一般相談支援 ② 特定相談 4. 重度障がい児等包括支援 5 . その他 ()	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。	
<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	指定年月日	年 月 日
	申込者の配置 (予定) 年月日	令和 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請中 <input type="checkbox"/> 事前協議中	申請・協議先 (市町村)	担当課	担当者
	大阪市	障がい者施策部運営指導課	〇〇氏
	※申請・協議状況を確認することがありますので、必ず記載してください。		
	事業開始 (予定) 年月日	令和 2年 4月 1日	
	申込者の配置 (予定) 年月日	令和 2年 4月 1日	
	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 :) ② なし 3	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で構 いませんので、必ずご記入くだ
	現在の相談支援専門員の数	〇人 ※事業開始前	
<input type="checkbox"/> 事業開始 (配置) 時期が未定	<input type="checkbox"/> ____年度に事業開始予定 <input type="checkbox"/> ____年度に配置を予定 <input type="checkbox"/> 時期は未定		
同一事業 (配置予	未定の場合は「事業開始時期が未定」に チェックを入れて、該当箇所にご記入ください。		____ 人中 ____ 人目
推薦欄	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。		
法人名	特定非営利活動法人おおさか	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
事業所等名	〇〇〇相談支援センター		
事業所等所在地	〒 546-×××× 大阪府大阪市東住吉区××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		※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、		
	令和元年 9月××日	申込者署名	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。		
	推薦が得られない理由を記入してください	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 元年 月 日	申込者署名	
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、 <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)。		