

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受けてください。本人が自筆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、該当欄を○印で囲んでください。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
ご自宅の住所	〒 -			
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 2. 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）	
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 （カタカナ）
	事業種別 ※該当する番号に○ をつけてください	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 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. 幼稚園・小学校・中学校・高等学校又は中等教育学校の教諭となる資格（養護教諭除く） 10. 資格なし		
※実務経験要件に該当する 期間をご記入ください ※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	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 通算 年 月 （令和2年8月28日時点）	
	②直接支援業務	年 月		
	国家資格による業務	年 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。				

