

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を受けて申込みください。

※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。

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		
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
	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. 行動援護 20. 同行援護 21. 短期入所 22. 施設入所支援 23. 高齢福祉関係 24. その他（ ） ※該当する番号に○をつけてください	
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 月	相談支援専門員の要件となる実務経験年数 通算 年 月 (令和元年8月31日時点)
	相談支援業務	年 月	
	国家資格で業務	年 月	
※実務経験の年数要件を満たしているかについては 指定権者に確認 してください。			
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） 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)
※ 必要か不要かに○印をつけ、必要な方は上記の該当項目に○をつけてください。			

