

相: 専門コース

平成 29 年度相談支援従事者専門コース別研修受講申込書

平成 年 月 日

法人名

代表者名

印

ふりがな 氏名		男・女	年 月 日 生 (歳)
事業所名		職 種	
事業所所在地	〒 (電話) _____ (FAX) _____ (e-mail) _____		
主たる相談業務 (該当する番号に ○をして下さい)	1 三障害(身体・知的・精神)、 2 身体、 3 知的、 4 精神		
申込者について (該当する番号に○ をして下さい)	(1) 指定相談支援事業所において、相談支援専門員として相談支援事業に従事している者であって、相談支援従事者現任研修修了者 (2) 指定相談支援事業所において、相談支援専門員として相談支援事業に従事している者 (3) 市町村で障害者相談支援事業を担当する者等		
相談支援従事者 現任研修	平成 年度修了 (研修修了年月: _____)		
推薦順位	(同じ事業所で複数人申し込む場合は、その推薦順位を記入してください。) _____ 人中 _____ 番目		
指定相談支援事業の 実施 (事業所のみ記入)	年 月 実施	市町村からの相談 支援業務の委託の 有無	有 ・ 無

○研修申込みに係る担当者・連絡先を記入してください。

・担当者名 _____

・連絡先 (電話) _____ (FAX) _____

※ 記入漏れのないようご注意ください。