

## 相:専門コース

## 平成30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			性別	年 月 日 生 ( 歳)
事業所名			職 種	
事業所所在地	〒  (電話) _____ (FAX) _____ (e-mail) _____			
相談支援従事者 初任者研修	平成 年度終了			
相談支援従事者 現任研修	平成 年度修了			
地域自立支援協議 会委員	協議会の委員である      以前委員だった      委員ではない			
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	年 月 実施	市町村からの相談 支援業務の委託の 有無	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。