

相：現任

平成29年度相談支援従事者現任研修受講申込書

平成 年 月 日

法人名

代表者名

㊤

ふりがな ①氏名		②男・女	昭和・平成
			年 月 日生 (歳)
③事業所名		④職種	
⑤事業所所在地	〒 (電話) _____ (FAX) _____ (e-mail) _____		
⑥主たる相談業務	(1)3障害(身体・知的・精神)、(2)身体、(3)知的、(4)精神、(5)その他		
⑦相談支援業務 経験年数	事業所・施設名	従事期間	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
⑧保健・福祉関係 取得資格			
⑨相談支援従事者 研修	(初任)平成 年度修了(研修修了年月: 年 月)		
	(現任)平成 年度修了(研修修了年月: 年 月) 平成 年度修了(研修修了年月: 年 月)		
⑩相談支援事業の 実施方法 (市町村のみ記入)	直接実施 ・ 一部委託実施 ・ 全て委託実施		
⑪指定相談支援 事業の実施 (事業所のみ記入)	(一般相談) 年 月 実施	⑫市町村からの相談 支援業務の委託の 有無(事業所のみ記入)	有 ・ 無
	(特定相談) 年 月 実施		
	(障害児) 年 月 実施		

※1 全ての欄を記入すること(⑨～⑫は該当する部分のみ記入)。

※2 相談支援従事者初任者研修の修了証書の写しと、過去に現任研修を受講している場合は現任研修修了書の写しを併せて添付すること。

○ 研修申込みに係る法人等の担当者・連絡先を記入してください。

・担当者名 _____

・連絡先 (電話) _____ (FAX) _____