

(表面)

相：初任者

平成29年度相談支援従事者初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

法人名

代表者名

印

ふりがな		男・女	昭和・平成
氏名			年 月 日生 (歳)
事業所名		職名 (担当業務)	()
事業所種別			
事業所所在地	(住所) 〒 (電話) _____ (FAX) _____ (E-mail) _____		
受講希望 (いずれかに○を 記入)	要綱「4 カリキュラム」① (演習のみ) 11月22日～11月24日	いずれか 1事業所につき1名	優先順位 人中 位
	要綱「4 カリキュラム」② (全日程) 10月5日～6日及び11月22日～11月24日		
	要綱「4 カリキュラム」③ (講義のみ) 10月5日～6日		
保健・福祉関係 取得資格 (該当する数字 に○、括弧内に 取得年月を記入)	1 社会福祉士 (年 月) 2 社会福祉主事任用資格 (年 月) 3 訪問介護員2級以上に相当する研修修了 (年 月) 4 国家資格等 (年 月) ※1 5 児童指導員任用資格 (年 月) 6 保育士 (年 月) 7 精神障害者社会復帰指導員任用資格 (年 月) 8 その他 ()		
研修等の受講歴 ※要綱4「カリキ ュラム」①の受講 者は必ず記入。	有 ・ 無 (有の場合、修了証書、受講証明書等を添付) ※研修名 (受講年月日 年 月 日)		
H30年度までに従 事する予定の有無	有 ・ 無	有の場合 事業所名	従事(予定) 年 月 日
H30年3月31日まで のみなし規定	有 ・ 無		

(裏面)

実 務 要 件 (要綱「4 カリキュラム」①又は②に該当する方のみ)		
①相談支援業務	(1)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・
	(2)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・
②直接支援業務	(1)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・
	(2)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・
③有資格者	(1)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・
	(2)	(通算： 年 ヶ月) 従事していた施設等 ・ ・ ・ ・ ・

※相談支援業務従事予定の方(要綱「4 カリキュラム」①又は②に該当する方は、
別添の「相談支援の実務要件」を参考に該当する部分にご記入ください。

※実務要件を本様式に記入しきれない場合は、別紙(任意様式)を添付してください。

※記入漏れのないようご注意ください。

○研修申込み担当者 _____

連絡先(電話) _____ (FAX) _____