一般社団法人　長崎県知的障がい者福祉協会

平成３０年度長崎県相談支援従事者現任研修　受講者申込書

平成　　年　　月　　日

標記研修の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

（申込者）

法人名称	
代表者氏名	印
住　　所	〒　　TEL： FAX： ※個人でお申込みの場合は、自宅の住所をご記入ください。

（推薦する受講者）

ふりがな		性　別	男　・　女	
氏　名		生年月日	S・H　　年　　月　　日	
連絡先	※携帯電話			
現有資格	社会福祉士　・　精神保健福祉士　・　介護福祉士　・　保健師　・　看護師　・　医師 社会福祉主事任用資格　・　その他（　　）			
経　歴	□現在、相談支援事業所で相談業務に従事している。 □相談支援事業所に勤務していない。			
	相談支援業務経験：　□有（　　年間）　□無 保健福祉業務経験：通算　　年　　ヶ月			
現勤務先	事業所名			
	所在地			
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：			
現職種 (1,2,3 いずれかに○)	1　相談支援専門員（専従）		現職経験年数	年 ヶ月
	2　相談支援専門員（兼務）【　　】			
	3　その他　（職種：　　）			
障害分野	身体　知的　精神　児童　その他（　　）			
研修受講履歴 (1,2 のいずれかに○)	1　今回初めて現任研修を受講 ⇒初任者研修修了年度 平成　　年度（※初任者研修修了証書のコピーを添付）			
	2　今回が２回目以降の現任研修受講 ⇒初任者研修修了年度　：　平成　　年（初任者研修修了証書のコピーを添付） 現任研修修了年度　：　平成　　年（※現任研修修了証書のコピーを添付） 現任研修修了年度　：　平成　　年（※現任研修修了証書のコピーを添付）			
備　考				