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 |  | | | | | | |