

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（*注意事項）

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 *1
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	*2		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	<input type="checkbox"/> 現在、相談支援事業所で相談業務に従事している。 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所に勤務していない。				
	相談支援業務経験： <input type="checkbox"/> 有（ 年間） <input type="checkbox"/> 無 保健福祉業務経験： 通算 年 ヶ月 *3				
現勤務先	事業所名				
	所在地				
	TEL :		FAX :		
現 職 種 (1,2,3 い すれかに ○)	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： ） *4			
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 すれかに ○)	1	今回初めて現任研修を受講 *5 ⇒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 *6 ⇒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	*7				

受講申込書記入の注意事項

*1 印について

法人の印を押印。法人未設立等の理由で印がない場合は、代表者の印でも可とします。

*2 氏名・生年月日について

修了証書、受講証明書に記載されますので、受講者の氏名はパソコン入力可能な文字を使用し、楷書で記載するとともに、誤字・脱字のないようご注意ください。

生年月日につきましては、誤りのないように、和暦でご記入ください。

*3 保健福祉業務経験年数について

福祉関係業務の従事経歴について、勤務期間をご記入ください。

現在の勤務先以前にも、勤務経験がある場合は通算の期間をご記入ください。

*4 現職種について

現在の職種について、相談支援専門員（専従）or（兼務）か、その他をご選択ください。

（兼務）あるいは、その他の場合は、職種名をご記入ください。

*5 研修受講履歴について（今回はじめて現任研修を受講の場合）

相談支援従事者初任者研修をご受講後、今回はじめて現任研修を受講する場合は、1を選択し、初任者研修の修了年度をご記入ください。さらに、修了証書のコピーも添付してください。

なお、平成21年度以前に受講して以来はじめて現任研修を受けようとする方は、修了資格が失効しておりますので、再度、初任者研修から受講しなければなりません。

*6 研修受講履歴について（今回が2回目以降の現任研修受講の場合）

相談支援従事者初任者研修をご受講後、今回が2度目の現任研修受講の場合は、2を選択し、初任者研修、現任者研修の修了年度をご記入の上、初任者研修・現任研修の修了証書のコピーを添付してください。

*7 備考について

研修をご受講するにあたり、特に配慮すべきことがございましたら、こちらへご記入ください。