

平成27年度 兵庫県サービス管理責任者ブラッシュアップ研修受講申込書
研修対象者A (1日間)

申込日：平成 年 月 日

法人名(会社名)

事業所名称

代表者 職名 氏名 印

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦いたします。

フリガナ			性別	生 年 月 日	
受講希望者氏名 (楷書で記入)	性	名	男 女	昭和 平成	年 月 日 (歳)
勤務先事業所名称				勤務先電話番号	
勤務先住所	〒				
事業所種別 (該当する番号に ○と【】内記入)	1	就労移行支援		3	就労継続支援 B 型
	2	就労継続支援 A 型		4	その他【 】
従事している業務の主な対象者 (○印を記入、複数可)					
	身体障害者			精神障害者	
	知的障害者			発達障害者	
	その他難病等 ()				
業務経験について サービス管理責任者研修(就労)受講年度 平成【 】年度 サービス管理責任者(就労)としての実務経験 【 】年【 】ヶ月 ※平成27年12月31日現在					

下記の事項のうち、あなたが課題と考え研修で学びたいと思う項目を具体的に記入してください【必須】

人材育成について	個別支援計画の作成について
就労移行アセスメントについて	一般就労移行について
その他、あなたが課題と考え研修で学びたいと思うことを自由に記載してください	

研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他 (具体的に記載)			