

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B (午前のみ)

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.....

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 過去の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 今後のサービス管理責任者(就労)としての配置予定時期【 】年【 】月頃 | | | | | |

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) | | | |