

平成 28 年度 兵庫県相談支援従事者現任研修受講申込書

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  
 （申込担当者名 TEL

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  |            | 同一事業所から複数名<br>申込む場合の優先順位 |
| 受講希望者氏名<br>(楷書で記入)                      | 性  | 名                                | 男<br>女                         | 昭和<br>平成 | 年 月 日 ( 歳) | 位 / 人中                   |
| 相談支援専門員として<br>従事する又は<br>従事予定の勤務先        | 相談支援事業所名   |                                  | 〔住所・<br>電話番号〕 〒                |          | TEL ( )    |                          |
| 現在の勤務先<br>(上記と異なる<br>場合のみ記入)            |  |                                  | 〔住所・<br>電話番号〕 〒                |          | TEL ( )    |                          |
| 現在勤務先の<br>事業所種別<br>(該当番号に○と<br>【 】内を記入) | 1  | 相談支援事業所<br>【役職】                  | 同一相談支援事業所に勤務する相談支援専門員数<br>【 】人 |          |            |                          |
|   | 2  | その他の福祉サービス【種別】<br>【受講希望者の現在の職種：】 |                                |          |            |                          |
| 従事している業務の<br>主な対象障害種別<br>(該当番号に○、複数可)   | 1. 身体障害 2. 知的障害 (18歳未満の者を含む) 3. 精神障害 (18歳未満の者を含む)<br>4. 発達障害 (18歳未満の者を含む) 5. 障害児 (18歳未満の身体障害児・知的障害児)<br>6. 難病等 ( ) |                                  |                                |          |            |                          |

業務経験について 初任者研修受講後【 】年【 】ヶ月 ※平成 28 年 11 月 8 日現在  
 ◆相談支援専門員として相談支援業務に従事された経験が無い方の申込は原則できませんが、今後相談支援専門員としての従事が決まっている方は、所属法人の代表者による誓約書を添付して申込みください。

| 初任者研修修了後従事期間 | 事業所・施設の名称 | サービス種別 | 職種及び具体的な職務内容 |
|--------------|-----------|--------|--------------|
| H 年 月～H 年 月  |           |        |              |
| H 年 月～H 年 月  |           |        |              |
| H 年 月～H 年 月  |           |        |              |

平成 23 年度～平成 25 年度の相談支援従事者初任者研修の修了者（受講要件②a の方）

|      |       |       |
|------|-------|-------|
| 修了年度 | 修了書番号 | 実施自治体 |
|------|-------|-------|

相談支援従事者現任研修の修了者（受講要件②b の方）

|           |          |           |       |
|-----------|----------|-----------|-------|
| 初任者研修修了年度 | 現任研修修了年度 | 現任研修修了書番号 | 実施自治体 |
|-----------|----------|-----------|-------|

障害者ケアマネジメント研修+平成 23 年度相談支援従事者初任者研修 1 日間の修了者（受講要件②c の方）

|                |      |         |       |
|----------------|------|---------|-------|
| 障害者ケアマネジメント研修  | 修了年度 | 修了書番号   | 実施自治体 |
| 相談支援初任者研修 1 日間 | 受講年度 | 受講証明書番号 | 実施自治体 |

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) |          |           |           |

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名： ②  
 (必ず受講者本人が記載内容を確認すること。) 受講者連絡先： ( )

## 平成28年度 兵庫県相談支援従事者現任研修受講申込書

申込日：平成28年11月8日

法人名（会社名） 社会福祉法人ひょうご福祉会

事業所名称 こうのとり相談支援センター

代表者 職名 理事長 氏名 神戸 太郎 印

（申込担当者名 兵庫 健 TEL 0795-999-9999）

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  | カコガワ  | ツキコ                              | 性別                             | 生年月日               | 同一事業所から複数名<br>申込み場合の優先順位 |
| 受講希望者氏名<br>(楷書で記入)  | 性<br>加古川  | 名<br>月子                          | 男<br>昭<br>平成<br>女              | 47年5月15日(44歳)      | 1位/2人中                   |
| 相談支援専門員として<br>従事する又は<br>従事予定の勤務先  | 相談支援事業所名<br>このとり相談支援センター  | (住所・<br>電話番号)                    | 〒673-1431<br>加東市社1075-2        | TEL(0795-999-9999) |                          |
| 現在の勤務先<br>(上記と異なる<br>場合のみ記入)  |   | (住所・<br>電話番号)                    | 〒                              | TEL( )             |                          |
| 現在の勤務先<br>事業所種別<br>(該当する番号に<br>○と【】内記入)   | ① 相談支援事業所<br>【役職 センター長】   | 同一相談支援事業所に勤務する相談支援専門員数<br>【 2 】人 |                                |                    |                          |
|   | 2 その他の福祉サービス【種別<br>【受講希望者の現在の職種：】   |                                  |                                |                    |                          |
| 従事している業務の<br>主な対象障害種別<br>(該当番号に○、複数可)   | ①. 身体障害 ②. 知的障害(18歳未満を含む) ③. 精神障害(18歳未満を含む)<br>④. 発達障害(18歳未満を含む) 5. 障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)<br>6. 難病等( ) |                                  |                                |                    |                          |
| 業務経験について 初任者研修受講後【10】年【2】ヶ月 ※平成28年11月8日現在<br>◆相談支援専門員として相談支援業務に従事された経験が無い方の申込は原則できませんが、今後相談支援専門員としての従事が決まっている方は、所属法人の代表者による誓約書を添付して申込みください。 |   |                                  |                                |                    |                          |
| 初任者研修修了後従事期間  | 事業所・施設の名称   | サービス種別                           | 職種及び具体的な職務内容                   |                    |                          |
| H18年10月～H22年10月   | (社福)東播磨福祉事業団・<br>いかなご相談支援事業所  | (指定相談)                           | 相談支援専門員<br>(市町委託相談)            |                    |                          |
| H22年11月～H25年3月  | 同上  | 指定相談・<br>指定特定相談                  | 相談支援専門員<br>(市町委託相談・計画相談)       |                    |                          |
| H25年4月～現在   | (社福)ひょうご福祉会・<br>このとり相談支援センター  | 指定一般相談・<br>指定障害児相談               | 相談支援専門員・センター長<br>(市町委託相談・計画相談) |                    |                          |

平成23年度～平成25年度の相談支援従事者初任者研修の修了者（受講要件②aの方）

|      |       |       |
|------|-------|-------|
| 修了年度 | 修了書番号 | 実施自治体 |
|------|-------|-------|

相談支援従事者現任研修の修了者（受講要件②bの方）

|           |          |           |       |
|-----------|----------|-----------|-------|
| 初任者研修修了年度 | 現任研修修了年度 | 現任研修修了書番号 | 実施自治体 |
| 平成18年度    | 平成22年度   | 現22-0号    |       |

障害者ケアマネジメント研修+平成23年度相談支援従事者初任者研修1日間の修了者（受講要件②cの方）

|               |      |       |       |
|---------------|------|-------|-------|
| 障害者ケアマネジメント研修 | 修了年度 | 修了書番号 | 実施自治体 |
|---------------|------|-------|-------|

|              |      |         |       |
|--------------|------|---------|-------|
| 相談支援初任者研修1日間 | 受講年度 | 受講証明書番号 | 実施自治体 |
|--------------|------|---------|-------|

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） |          |           |           |

上記の記載内容に相違ありません。

受講者氏名：加古川 月子 加古川 印

(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。) 受講者連絡先：(090-1111-1111)