

平成29年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込書 (2日間受講用)

申込日：平成29年 月 日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

法人名(会社名).....

施設・事業所名称.....

代表者職氏名..... 印

(申込担当者名 TEL)

フリガナ		性 別	生 年 月 日
受講希望者 氏名	氏名は正しい楷書体で記入してください	男・女	昭和 平成 年 月 日
受講者連絡 先電話番号			
勤務先名称		障害福祉サー ビス等の種別	
勤務先住所	〒 -	勤務先電話番号	

初任者研修2日間受講の理由(番号を○印で囲む)

1	21～28年度にサービス管理責任者等研修(3日間)のみを受講	2	今年度中に他都道府県でサービス管理責任者等研修のみを受講予定(または受講済)
3	その他の理由()		

※平成30年度以降にサービス管理責任者等研修を受講予定の方は、カリキュラムの一体性等の都合上、原則として同一年度に相談支援従事者初任者研修(2日間)も受講してください。

サービス管理責任者等研修受講状況(複数受講の場合、全て記載)

受講年度	受講分野	修了証番号	実施主体

※ サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを添付

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 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他(具体的に記載)		

※今年度、サービス管理責任者等研修を受講予定の方は、「平成29年度 兵庫県サービス管理責任者等研修受講者推薦及び申込書」にてお申し込みください。

※相談支援専門員として従事することを希望する方は、「5日間受講用(様式1号及び2号)」にてお申し込みください。(2日間の研修のみでは相談支援専門員として従事することができません。次年度以降、再度、5日間受講が必要となります。)

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

平成29年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込書
(2日間受講用)

記載例

申込日：平成29年 6月 2日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

法人名(会社名) 社会福祉法人はばたん福祉会
施設・事業所名称 ワークステーションくすのき
代表者職氏名 神戸 太郎 印
(申込担当者名 兵庫 健 TEL 079-999-9999)

フリガナ	ヒメジ	ハナコ	性別	生年月日
受講希望者氏名	姫路 <small>氏名は正しい楷書体で記入してください</small>	花子	男・女	昭和 平成 59年 2月 1日
受講者連絡先電話番号	090-9999-9999			
勤務先名称	ワークステーションくすのき	障害福祉サービス等の種別	就労継続支援事業所	
勤務先住所	〒660-8501 尼崎市東七松1-23-1		勤務先電話番号	06-9999-9999

初任者研修2日間受講の理由(番号を○印で囲む)

1	21~28年度にサービス管理責任者等研修(3日間)のみを受講	2	今年度中に他都道府県でサービス管理責任者等研修のみを受講予定(または受講済)
3	その他の理由()		

※平成30年度以降にサービス管理責任者等研修を受講予定の方は、カリキュラムの一体性等の都合上、原則として同一年度に相談支援従事者初任者研修(2日間)も受講してください。

サービス管理責任者等研修受講状況(複数受講の場合、全て記載)

受講年度	受講分野	修了証番号	実施主体
平成28年度	就労分野	就第16-000号	兵庫県

※ サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを添付

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 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他(具体的に記載)		

※今年度、サービス管理責任者等研修を受講予定の方は、「平成29年度 兵庫県サービス管理責任者等研修受講者推薦及び申込書」にてお申し込みください。

※相談支援専門員として従事することを希望する方は、「5日間受講用(様式1号及び2号)」にてお申し込みください。(2日間の研修のみでは相談支援専門員として従事することができません。次年度以降、再度、5日間受講が必要となります。)

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