

平成29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 (介護・知的精神・就労分野)

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)	姓	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	〒				
上記事業所が実施または予定している障害福祉サービス(番号・状況を○で囲み)多機能型の場合はすべて記入してください					
1	療養介護	指定済・申請中または予定	6	就労移行支援	指定済・申請中または予定
2	生活介護	指定済・申請中または予定	7	就労継続支援	A型・B型 指定済・申請中または予定
3	自立訓練(生活訓練)	指定済・申請中または予定	8	その他	
4	共同生活援助	指定済・申請中または予定			
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()					
受講分野 (受講分野を○で囲む)	介護		地域生活 (知的・精神)		就労
現在、サービス管理責任者として従事している方					
サービス管理責任者研修受講年度		平成【 】年度			
サービス管理責任者としての実務経験		【 】年【 】ヶ月 ※平成29年12月31日現在			
平成30年1月～平成30年5月までにサービス管理責任者として従事する予定の方					
サービス管理責任者研修受講年度		平成【 】年度			
サービス管理責任者としての配置時期		平成【 】年【 】月 を予定			

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)			

※返信用封筒に宛名を明記し、82円切手を貼付して、本申込書と同封してください