

平成29年度 兵庫県児童発達支援管理責任者ブラッシュアップ研修受講申込書

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.....

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	〒					
事業所種別 (該当項目を○で 囲んでください)	障害児 通所支援	申請済み 申請中・予定	障害児 入所支援	申請済み 申請中・予定	その他 ()	
業務経験について						
『現在、児童発達支援管理責任者として従事している方』 児童発達支援管理責任者研修受講年度 平成【 】年度 児童発達支援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月までに児童発達支援管理責任者として従事予定の方』 児童発達支援管理責任者研修受講年度 平成【 】年度 児童発達支援管理責任者としての配置時期 平成【 】年【 】月に予定						

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