


平成30年度 兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者等
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..... 

研修受講に下記の者を推薦します。

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・予定	7	就労継続支援	A型 ・ B型 指定済・申請中・予定
2	生活介護 (施設入所含)	指定済・申請中・予定	8	障害児通所支援	指定済・申請中・予定
3	自立訓練 (生活訓練)	指定済・申請中・予定	9	障害児入所支援	指定済・申請中・予定
4	共同生活援助	指定済・申請中・予定	10	相談支援事業所	指定済・申請中・予定
5	自立訓練 (機能訓練)	指定済・申請中・予定	11	その他 ()	
6	就労移行支援	指定済・申請中・予定			
現在の職種（該当番号に○をつけ、経験年数を記入してください）					
1. サービス管理責任者	【	年】	7. 施設長・管理者	【	年】
2. 児童発達支援管理責任者	【	年】	8. 行政	【	年】
3. 支援員等	【	年】	9. その他【職種：		/ 年】
4. 相談支援専門員	【	年】			
5. 看護師	【	年】			
6. 理学療法士・作業療法士	【	年】			

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郵送してください