

令和3年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込・確約書(7日間受講用)

申込日: 令和3年 月 日

法人名(会社名) _____
施設・事業所名称 _____
代表者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____
(申込責任者名 TEL _____)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦するとともに、研修修了後、下記の者を指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事させることを確約します。

フリガナ		性別	生年月日	複数の受講希望者が同一事業所へ従事予定の場合の受講優先順位(法人で調整)			
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 (歳)	位 / 人中			
		受講者連絡先	電話番号 E-mail				
①相談支援専門員として従事する勤務先名称		勤務先住所	〒				
		電話番号等	TEL	FAX			
②事業所種別(該当番号に○)複数可	1. 指定一般相談支援事業所 2. 指定特定相談支援事業所 3. 指定障害児相談支援事業所 4. その他 ()						
③従事している相談支援の主な対象者(○印で囲む、複数可)							
1	身体障害者	4	精神障害者(18歳未満の者を含む)				
2	知的障害者	5	発達障害者(18歳未満の者を含む)				
3	障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)		6	その他 ()			
④現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)		勤務先住所	〒				
		電話番号等					
⑤実習予定先(上記④と異なる場合のみ記入)		勤務先住所	〒				
		電話番号等					
⑥実務経験について 年数 合計 年 ヶ月 ※令和3年6月11日現在							
現在の職種		受講要件に関連する資格		取得時期	年 月		
⑦該当する実務経験(別紙「相談支援専門員の要件となる実務経験について」参照)(○印で囲む、複数可)							
1	アの期間が通算して3年以上		5	カの期間が通算して10年以上			
2	イの期間が通算して5年以上		6	キの期間が通算して5年以上			
3	ウの期間が通算して5年以上		7	クの期間が通算して5年以上+ア~カの期間が通算して3年以上			
4	エまたはオの期間が通算して5年以上		8	その他 ()			
⑧申込処理	<input type="checkbox"/> ①既存事業所に配置するため。【配置時期: 令和 年 月・当面は配置予定なし(※いずれかを選択)】						
	<input type="checkbox"/> ②新規事業所開設のため。【開設時期: 令和3年度中・令和4年度以降・未定(※いずれか1つを選択)】						
	<input type="checkbox"/> ③その他上記以外 _____ 1						
⑨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)							
⑩演習希望日程に○印を記入してください。日程は別紙。(必ず連続しての受講になります)							
第1回		第2回		第3回		いずれでも良い	
⑪今年度サービス管理責任者等基礎研修を申し込んでいる場合は、()に○をつけてください							
() サービス管理責任者等基礎研修を申し込んでいる							

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

受講者氏名: _____

令和3年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込書(5日間受講用)

申込日: 令和3年 6月11日

(記載例について)

就労継続支援B型を実施している法人が、新たに相談支援事業所を立ち上げるための状況を想定しています。

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 理事長 氏名 玉津 太郎 印
(申込責任者名 兵庫 健 TEL 078-999-9999)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦するとともに、研修修了後、下記の者を指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事させることを確約します。

フリガナ	コウベ	ハナコ	性別	生年月日	複数の受講希望者が同一事業所へ従事予定の場合の受講優先順位(法人で調整) 1位/2人中
受講希望者氏名	神戸	花子	男・女	昭和54年2月1日(42歳) 平成	
氏名は正しい楷書体で記入してください		受講者連絡先	電話番号	078-999-9999	
		E-mail	△△△△@email.jp		
①相談支援専門員として従事する勤務先名称	くすのき相談支援事業所		勤務先住所	〒651-2181 神戸市西区曙町1070	
		電話番号等	TEL 06-0000-0000 FAX 06-0000-0001		
②事業所種別(該当番号に○)複数可	1. 指定一般相談支援事業所 2. 指定特定相談支援事業所 3. 指定障害児相談支援事業所 4. その他()				
③従事している相談支援の主な対象者(○印で囲む、複数可)					
1	身体障害者	4	精神障害者(18歳未満の者を含む)		
2	知的障害者	5	発達障害者(18歳未満の者を含む)		
3	障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)	6	その他()		
④現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)	ワークステーションくすのき		勤務先住所	〒651-2181 神戸市西区曙町1070	
			電話番号等	TEL 078-9999-9999 FAX 078-9999-9998	
⑤実習予定先(上記④と異なる場合のみ記入)			勤務先住所	〒	
			電話番号等	TEL FAX	
⑥実務経験について 年数 合計 8年 3ヶ月 ※令和3年6月11日現在					
現在の職種	就労支援員	受講要件に関連する資格	訪問介護員2級	取得時期	平成17年2月
⑦該当する実務経験(別紙「相談支援専門員の要件となる実務経験について」参照)(○印で囲む、複数可)					
1	アの期間が通算して3年以上	5	カの期間が通算して10年以上		
2	イの期間が通算して5年以上	6	キの期間が通算して5年以上		
3	ウの期間が通算して5年以上	7	クの期間が通算して5年以上+ア~カの期間が通算して3年以上		
4	エまたはオの期間が通算して5年以上	8	その他()		
⑧申込理由	<input type="checkbox"/> ①既存事業所に配置するため。【配置時期: 令和 年 月・当面は配置予定なし(※いずれかを選択)】 <input checked="" type="checkbox"/> ②新規事業所開設のため。【開設時期: 令和3年度中・令和4年度以降・未定(※いずれか1つを選択)】				

⑨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)		

⑩演習希望日程に○印を記入してください。(必ず2日間連続しての受講になります)

第1回	第2回	第3回	第4回	いずれでも良い
-----	-----	-----	-----	---------

⑪今年度、サービス管理責任者研修を申し込んでいる場合は、()に○をつけてください

() サービス管理責任者等研修に申し込んでいる

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

受講者氏名: 神戸 花子

