

令和4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4年 月 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
代表者職名 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	<u>コウベ</u>	<u>ハナコ</u>	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	<u>神戸</u>	<u>花子</u>	男・女	昭和 <u>54</u> 年 <u>2</u> 月 <u>1</u> 日 (<u>43</u> 歳)	
メールアドレス	<u>kensyu@〇〇〇.jp</u>		受講者連絡先電話番号	<u>078-999-9999</u>	1位/2人中
※研修中は、このメールを使用します。間違いの無いように、正確に記入してください。					
①相談支援専門員として従事する勤務先名称	<u>くすのき相談支援事業所</u>				
勤務先住所	<u>〒651-2181</u> <u>神戸市西区曙町 1070</u>	電話番号等	TEL: <u>06-0000-0000</u> FAX: <u>06-0000-0001</u>		
返信用封筒に記載の住所	<u>同上</u>				
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現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)	<u>ワークステーションくすのき</u>	勤務先住所電話番号等	<u>〒651-2181 神戸市西区曙町 1070</u> TEL: <u>06-0000-0000</u>		
④実習予定先(上記③と異なる場合のみ記入)		勤務先住所電話番号等	<u>〒</u>		
⑤実務経験について	年数 合計 <u>10</u> 年 <u>1</u> ヶ月 ※令和4年5月9日現在				
現在の職種	<u>就労支援員</u>	受講要件に関連する資格	<u>介護福祉士</u>	取得時期	<u>平成27年5月</u>
⑥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	<u>7</u>	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 ()		
⑦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4年度中 ・ 令和5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 []				

⑧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)		

⑨講義希望日程を2つ選び、○印を記入してください。日程は別紙。(ご希望に添えない場合があります。)

<u>第1回</u>	第2回	<u>第3回</u>	いずれでも良い
第1回	第2回	第3回	<u>いずれでも良い</u>

⑩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。 受講者氏名: 神戸 花子

(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。)

神戸