

令和4年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込書(2日間受講用)

申込日: 令和4年5月9日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

記載例

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
代表者職氏名 神戸 太郎 印
(申込責任者名 兵庫 健 TEL 079-999-9999)

フリガナ	アカシ	ハナコ	性 別	生 年 月 日
受講希望者氏名	明石	花子	男・女	昭和 60年 3月 3日 平成
現在の職種	就労支援員	受講者連絡先電話番号	090-9999-9999	
勤務先名称	ワークステーションくすのき	障害福祉サービス等の種別	就労継続支援B型	
勤務先住所	〒660-8501 尼崎市東七松1-23-1	勤務先電話番号	06-9999-9999	
返信用封筒で使用する住所	〒651-2181 神戸市西区曙町1070			
メールアドレス	kensyu@〇〇.jp	メールアドレス ※確認のため再度 ご記入ください。	kensyu@〇〇.jp	

※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。

初任者研修2日間受講の理由(番号を○印で囲む)

①	過去にサービス管理責任者等研修(3日間)のみを受講	2	今年度中に他都道府県でサービス管理責任者等基礎研修のみ受講が決まっている(または受講済)。他道府県の受講決定通知書か修了証のコピーを添付すること
3	その他の理由()		

※サービス管理責任者等基礎研修を受講予定の方は、カリキュラムの一体性等の都合上、原則として同一年度に相談支援従事者初任者研修(2日間)も受講してください。

サービス管理責任者等研修受講状況(複数受講の場合は直近を記載)

受講年度	受講分野 (元年度受講者の場合は未記入)	修了証番号	実施主体
平成30年度	就労分野	就第17-000号	兵庫県

※サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを添付

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)		

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。)

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

※今年度、サービス管理責任者等基礎研修を受講予定の方は、「令和4年度 兵庫県サービス管理責任者等基礎研修 受講者申込書・推薦書」にてお申し込みください。

※相談支援専門員として従事することを希望する方は、7日間受講用(様式1号等)にてお申し込みください。(2日間の研修のみでは相談支援専門員として従事することができません。次年度以降、再度、7日間受講が必要となります。)

上記の記載内容に相違ありません。

受講者氏名: 明石 花子

明石

(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。)