

宮崎県相談支援従事者初任者研修【全日程5日間】受講申込書・推薦書

宮崎県知事 殿

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します 推薦日 令和 年 月 日

法人名 ※正確にご記入ください	代表者職名	代表者氏名	法人印
			印

標記研修について、下記のとおり申込みます 申込日 令和 年 月 日

1 申込者氏名

※押印がない場合、受付できませんのでご注意ください

フリガナ		印	性別	男 ・ 女
氏名		印	生年月日	昭和・平成 年 月 日
自宅住所	〒		電話番号	

2 現勤務先 (原則:この所在地に結果を通知します)

法人名	※正式名称を記入してください	勤務先名称 (所属事業所)	
勤務先所在地	〒	現職種	
		電話番号	

3 実務経験通算年数 (令和元年10月15日現在で記入)

実務経験通算年数	相談の業務	年 月	保有資格 (実務経験に算定されるもののみ記入)	・ あり 【 】
	介護等の業務 (直接支援業務等)	年 月		・ なし
研修修了後の年末(令和2年3月末)までに相談支援専門員としての資格要件を満たすか否か ※受講の手引きの早見表でご確認ください(P6)			満たす	・ 満たさない

4 法人内の優先順位

※複数の申込がある場合は、法人内でまとめて郵送してください

複数申込みする場合の法人内の優先順位	法人内で 人中 番目 (必須)
--------------------	-----------------

5 今年度のサービス管理責任者等研修を申し込んでいる場合は○を付けてください。

申し込みをしている	【 】	※別途、申込みが必要です。
-----------	-----	---------------

6 受講にあつて配慮すべき事項 ※必要に応じて該当する項目の口にチェック☑をいれてください。

<input type="checkbox"/> 車椅子用座席	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 特記事項 ()
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

7 今回の申し込み

※該当する番号・記号に○をつけてください。	1	A 既存事業所に配置(配置予定 年 月)	B 当面は配置予定なし(辞職等に備える含)
	2	新規開設 開設予定時期	A 令和元年度中 B 令和2年度中 C 未定
	3	その他上記以外【 】	

●この申込書は相談支援従事者初任者研修【全日程5日間】を受講するための申込書になります。

※サービス管理責任者等研修とは、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修のことを指しています。