

宮崎県相談支援従事者初任者研修【講義部分2日間】受講申込書

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 配置予定先・実務経験

サービス管理責任者等として配置(予定)の事業所	法人名	事業所名	
	実務要件	研修開始前日(令和元年10月15日までに)サービス管理責任者等の配置要件を満たすか	満たす ・ 満たさない
※すでに配置されている場合は、その事業所について記載	配置(予定)のサービス種別該当するものに○をつける	1 生活介護 2 療養介護 3 自立訓練(機能訓練) 4 訓練(生活訓練) 5 共同生活援助 6 自立生活援助 7 就労継続支援(A型 B型) 8 就労移行支援 9 就労定着支援 10 障害児入所施設 11 児童発達支援 12 放課後等デイサービス 13 保育所等訪問支援 14 居宅訪問型児童発達支援 15 未就業のため未定	

4 法人内の優先順位

(申込者が複数の場合は、法人内で全部の申込書を取りまとめて郵送してください)

この申込書(講義部分2日間)で法人内から複数申込みする場合は順位	法人内で	人中	番目	(必須)
----------------------------------	------	----	----	------

※一人のみの場合は横線を記入

5 受講にあたっての配慮すべき事項

受講にあたって配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 車椅子用座席	<input type="checkbox"/> 特記事項 ()
----------------	---------------------------------	-----------------------------------

6 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の受講状況

受講分野	受講年度	年度	修了証番号	
				・複数受講は、直近を記載 ・修了証の写しを添付

●この申込書は、既にサービス管理責任者等研修を受講済みで、相談支援従事者初任者研修(講義部分2日間)が未受講の方用です。

※相談支援【講義部分2日間】を受講の後にOJTを経て、実践研修(2021年から実施)を受ける必要があります。

●相談支援専門員になるには、同一年度で5日間の研修を受講する必要があります。

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