

年度愛媛県障がい者相談支援従事者現任研修受講申込書

平成 年 月 日

愛媛県知事 様

- 【注意事項】
1. 氏名は、そのまま修了証等に記載するため、楷書ではっきりと記入してください。
 2. 受講決定通知のほか、案内等については、原則としてメールでお送りしますので、必ずメールアドレスを記載してください。(ない場合は、FAX又は郵送します。)
 3. その他、枠内の指示に従って記入してください。

ふりがな				生年月日	〔昭和・平成〕	
氏名		(印)		性別	年 月 日 〔男・女〕	
住所等 (ご自宅の住所、Tel、FAX、E-mailを記入してください。)		〒		Tel. () FAX. ()		
		◎E-mail :		@		
現所属	事業所名称	法人名 事業所名		職名	所属区分 ※1	
	事業所所在地 連絡先	〒		Tel. () FAX. ()		
	事業所の サービス種別	対象者(主として該当するものに○) 身体・知的・精神・児童・その他				
相談支援従事者 初任者研修修了年度		1. 愛媛県研修 平成 年度修了 2. 他県・国・政令市 年度修了 (研修場所:)				
実務経験						
該当項目(別紙参考資料参照のうえ、いずれかに○)					左記 経験 年数	(注) 年月
受講上の配慮事項		(例: 手話通訳、点字資料、車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など)				

※1 所属区分については、次のうちから該当する番号等を記入して下さい
 1 更生相談所 2 福祉事務所 3 公立の社会福祉施設 4 民間の社会福祉法人 5 保健所 6 精神保健福祉センター
 7 精神障害者社会復帰施設 8 病院・診療所 9 行政機関(1～8以外の行政機関の者(例 市町の相談担当者))
 10 その他(具体的に記入して下さい)
 (注) 経験年数は、指定相談支援事業所としての業務開始(予定)日までの期間を記入して下さい。

【新所属事業所】

新所属名称		事業所の サービス種別	
事業所所在地	〒 <Tel>		

※指定相談支援事業(市町が指定を受ける場合を含む)に従事しようとする場合、または、現在所属の事業所がサービス種別を変更しようとしている場合に記載して下さい。なお、氏名、勤務先名、職名、連絡先及びE-mailを記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。差し障りのある場合には、予め事務局までご連絡ください。