

平成30年度 京都府相談支援従事者初任者研修 参加申込書

演習コース

※市町村記入欄 ※ 市町村 担当課（担当者）
 ※ TEL FAX

優先順位	(ふりがな) 氏名	性別	受講要件 該当する区分に○印	申込に係る状況 次のア～カの該当する区分に○印	法人名・事業所名 事業所所在地 TEL/FAX	職種 生年月日 (元号)	※注“受講配慮”の有無 (例. 手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等)
			障害者福祉業務の実務経験年数	次のア～カの該当する区分に○印	法人名・事業所名 事業所所在地 TEL/FAX	職種 生年月日 (元号)	
1	() 氏名	男・女	①相談支援事業所職員	① 相談支援専門員に必要な実務経験を満たしている場合 ア 今年度中に事業開始を予定している相談支援事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 イ 既に開所されている事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 ウ 翌年度に事業開始を予定している相談支援事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 エ 相談支援専門員の配置・交替が必要になった場合に備え、資格を用意しようとする職員 ② 相談支援専門員に必要な実務経験を満たしていない場合 オ 今後、相談支援事業所に相談支援専門員として配置される予定の職員 カ 相談支援専門員の資格を用意しようとする職員	法人名 事業所名 所在地〒 TEL FAX	職種 年 月 日生	有 内容 無
			障害福祉業務の実務経験 年 月 (平成30年4月1日現在)				
2	() 氏名	男・女	①相談支援事業所職員	① 相談支援専門員に必要な実務経験を満たしている場合 ア 今年度中に事業開始を予定している相談支援事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 イ 既に開所されている事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 ウ 翌年度に事業開始を予定している相談支援事業所に、自らが研修修了後、直ちに相談支援専門員として配置される予定の職員 エ 相談支援専門員の配置・交替が必要になった場合に備え、資格を用意しようとする職員 ② 相談支援専門員に必要な実務経験を満たしていない場合 オ 今後、相談支援事業所に相談支援専門員として配置される予定の職員 カ 相談支援専門員の資格を用意しようとする職員	法人名 事業所名 所在地〒 TEL FAX	職種 年 月 日生	有 内容 無
			障害福祉業務の実務経験 年 月 (平成30年4月1日現在)				

注)受講配慮の有無に記載がない場合は、対応ができないことがあります。希望される場合は必ず本申込書にて事前に内容と共に記載してください。

* 【必須】過去に本研修講義部分（3日コース）を受講した際の修了証書（写し）を添付してください。