**令和３年度京都府障害福祉従事者専門研修（児童分野の相談支援及びサービス提供）**

≪ＦＡＸ送付先≫　送信後は必ず着信確認をお願いします（研修課　℡：075-252-6296　）

**ＦＡＸ：075-252-6312**京都府福祉人材・研修センター　宛　締切：**９月２４日（金）１７時**

**申 込 書**

上記研修を受講したいので、以下のとおり申し込みます。　　　　　　　　令和　３年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （西暦で記載してください） |
| 申込者氏名 |  |
| 所属  事業所名 | 法人名：  事業所名： | | |
| 事業所のサービス種別 | （例：放課後デイ、相談支援　等） | | |
| 事業所  所在地 | 〒  ℡：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax： | | |
| WEB講義受講環境 | ※WEB講義とは、インターネットに接続されたパソコン又は携帯・スマートフォン等を用いて、動画を視聴することにより受講するものです。  **□ＷＥＢ講義の受講が可能**　□視聴環境に課題があり、受講が不可能（受講決定通知時に個別に案内します。） | | |
| 受　講　上  配慮すべき事　　　項 | **無　　　・　　　有**　　　　　　　　　　　記載がない場合は、対応ができないことがあります。  配慮すべき内容　＜例．手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等＞  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | |
| **事業所**  **チェック欄** | ※□に☑を入れてください。☑がない場合、研修の受講はできません。  □　受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。  当日、研修会場で著しく体調の不良が見られる場合、事務局より受講をお断りする場合があることを了承します。 | | |
| **受講要件に関すること** | | | |
| 実務経験 | 実務経験について、下記のいずれかにチェック☑をお願いします。 | | |
| * ア　障害児相談支援事業所において相談支援専門員として従事している者 * イ　児童発達支援管理責任者の業務を行っている者 * ウ　児童分野での実務経験が３年以上ある者 | | |
| 現在  従事している職種 | ※該当するものに☑をし、従事する経験年数を御記入ください。 ※令和３年９月１日現在  □　サービス管理責任者　　　（　　　　年　　　　ヶ月）  □　児童発達支援管理責任者　（　　　　年　　　　ヶ月）  □　相談支援専門員　　　　　（　　　　年　　　　ヶ月）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　年　　　　ヶ月） | | |