

# 令和3年度 京都府相談支援従事者主任研修 受講申込書

## 【事業所記入欄】

法人名			
事業所名			
事業所担当者氏名			
住所	〒		
TEL (FAX)	(FAX: )		
※連絡先	※受講通知の送付先や連絡先の電話番号が上記と異なる場合のみ記入 〒 (TEL: ) (FAX: )		
事業所内における 下記申込者の優先順位	位 / 名中 (事業所内から複数の申込がある場合に記入)		
事業所確認欄 ※□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。	<input type="checkbox"/> 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、京都府が受講をお断りする場合がありますことを承します。 <input type="checkbox"/> 下記【申込者記入欄】に記入された内容については相違ありません。		

## 【申込者記入欄】 ※楷書で丁寧に記入してください。

各修了証書の写しを添付してください。(※初任者研修の修了証書は、6日コース、8日コース又は演習コースの修了証書を添付してください。)			
① 相談支援従事者初任者研修の修了証書番号			
② 直近の相談支援従事者現任研修の修了証書番号			
ふりがな 氏名	生年月日 (和暦)	年	月 日
直近の現任研修を修了した後、 本研修受講開始日前までの 相談支援業務の実務経験	年 月	現に相談支援 業務に 従事している	はい ・ いいえ
受講要件チェック欄 (開催要綱の7を参照し、該当する 番号に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	現在の職種	
受講配慮について いずれかに○印をつけてください。 受講配慮の有無に記入がない場合は、対応できない ことがあります。希望される場合は必ず本申込書に配慮 内容を記入してください。	有 【配慮内容】 (例：手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態など)		無

※全ての項目について必ず漏れがないように記入してください。記入された内容を参考に受講決定することとします。  
 ※本申込書に記入された個人情報、本研修の実施のために利用するとともに、相談支援体制の整備を促進することを目的とした市町村への情報提供など、京都府が行う障害保健福祉施策の推進に活用するために利用することがあります。それ以外の目的で本人の了承なく個人情報を利用することや、第三者に開示することはありません。また、受講申込書の提出をもってこれらの目的のための個人情報の利用について申込者から同意を得たものとします。

<送付書類チェック欄> お忘れがないか最終チェックをお願いします。

- ①受講申込書 (本用紙)
- ②相談支援従事者初任者研修の修了証書の写し (6日コース、8日コース又は演習コース)
- ③直近の相談支援従事者現任研修の修了証書の写し

※配達記録が残る方法 (簡易書留、特定記録郵便等) で提出してください。  
 送付先及び申込書の提出期限：開催要綱の8 (1) を参照してください。