

令和2年度京都府相談支援従事者初任者研修参加申込書【8日コース】

【事業所記入欄】※申込者記入内容をご確認ください。

法人名	
事業所名	
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について、上記と異なる場合のみ記載。 〒 (TEL) (FAX)
下記申込者の優先順位	位 / 人中 (同一コースで複数名の申込みがある場合記入)

【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。

□ 下記【申込者記入欄】に記載の内容については相違ありません。

【申込者記入欄】

ふりがな氏名		生年月日(和暦)	年 月 日
障害福祉業務の実務経験	年 月 (※令和2年8月1日現在)	現在の職種	

□ 本研修の受講にあたり、開催要綱6. 受講要件に記載の実習実施について理解し、実習先については自ら調整を行うことを了承します。※□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。

WEB 講義視聴環境※	※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。 <input type="checkbox"/> WEB 講義の受講が可能 <input type="checkbox"/> 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。)
-------------	---

受講要件 ※該当する区分に○印を願います。	<input type="checkbox"/> ①相談支援事業所職員	<input type="checkbox"/> ②相談支援事業所のある法人職員	<input type="checkbox"/> ③相談支援事業所を開設予定の法人職員
--------------------------	-------------------------------------	--	---

申込に係る状況 次のア~カの該当する区分に○印	【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 (事業所開所予定日: 令和 年 月 日 予定)
	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 (事業所開所予定日: 令和 年 月 日 予定)
	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
	【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	

【受講配慮について】 いずれかに○印を願います。	有【配慮が必要な内容】 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。 (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
-----------------------------	--	---

※氏名等は楷書で丁寧に記入してください。足りなければ、用紙をコピーしてお使いください。

※全ての項目について必ず漏れが無いよう記載願います。記載された内容については演習時の参考にさせていただきます。

※受講配慮欄に記載がない場合は、配慮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記載してください。

※「参加申込書」に記載された個人情報は、当研修の適正かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。

申込締切は **令和2年8月7日(金) 必着**です。