

「FAX送付先」 送信後は必ず着信確認をお願いします(研修課 TEL: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11日(金)17時

令和2年度京都府障害福祉従業者専門研修(児童分野の相談支援及びサービス提供)

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 年 月 日

(ふりがな)			
申込者氏名		生年月日	年 月 日 (西暦で記載してください)
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	〒 Tel: Fax:		
研修日程 ※☐を入れてください。	<input type="checkbox"/> 12月8日(火)希望 <input type="checkbox"/> 12月9日(水)希望 <input type="checkbox"/> どちらでも参加可能		
受講歴 ※☐を入れてください。	<input type="checkbox"/> 昨年度(R1年度)受講決定済み(受講番号:) 受講番号については、お分かりになりましたらご記入ください。		
受講上配慮すべき事項	無 ・ 有 <u>受講配慮に記載がない場合は、対応ができないことがあります。</u> 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> []		
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。		
	<input type="checkbox"/> 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または、今後従事する予定の者 <input type="checkbox"/> イ 児童発達支援管理責任者の業務を行っている、または、今後行う予定の者 <input type="checkbox"/> ウ 平成30年度以前のサービス管理責任者等研修を児童分野以外(介護・就労・地域・身体)で修了した方 <input type="checkbox"/> エ 昨年度のサービス管理責任者等研修(新カリキュラム)を修了した者		
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2年9月1日現在 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> その他 () (年 ヶ月)		