

2019年度京都府相談支援従事者初任者研修【3日コース】参加申込書

【事業所記入欄】

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)		

【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 (※2019年4月1日現在)
サービス種別 (下段参照)	現在の職種		
受講要件 次のア～エの該当する区分に○印	ア 退職等やむを得ない事由によりサービス管理責任者等が欠けた指定事業所		
	イ 今後サービス管理責任者を要するサービス事業を開設予定の事業所 開設場所・協議状況等 ()		
	ウ 既に指定を受け、追加でサービス管理責任者を養成する事業所		
	エ 市町村担当職員・特別支援教育関係者・精神科病院関係者		
【受講配慮について】 いずれかに○印を願います。 受講配慮の有無に記載がない場合は、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て事前に内容と共に記載してください。	有 【配慮が必要な内容】 () (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

【サービス種別】※サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の配置が必要なサービス種別は次のとおりです。

- サービス管理責任者：療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助
- 児童発達支援管理責任者：児童発達支援センター（医療型含む）、児童発達支援事業（医療型含む）、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、障害児入所施設（福祉型、医療型）

※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、**平成31年5月9日（木）必着**です。

※【市町村記入欄】

市町村名	担当課（担当者）	TEL	FAX
------	----------	-----	-----