

# 平成 31 年度京都府相談支援従事者初任者研修【6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)	現在の職種	
受講要件 ※該当する区分に○印を願います。	①相談支援事業所職員	②相談支援事業所のある法人職員	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		
	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		
	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		
【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。	【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		
	有		無
	【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)		

※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
------	-----------	-----	-----