

令和3年度 京都府相談支援従事者現任研修参加申込書

【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)
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。	<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、事務局より受講をお断りする 場合があることを了承します。 <input type="checkbox"/> 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】※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、 <u>6日コース、8日コースまたは演習コース</u> 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	経過措置の適用	有 ・ 無
受講開始前、過去5年間の 相談支援の実務経験	年 月 ※実際に相談支援専門員として実務を担った年数を記載願います。	現に相談支援業務に 従事している	はい ・ いいえ
WEB講義 受講環境※	※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。)		
(地域) 自立支援協議会の活動について 【最も近いもの1か所に○印を願います】	・ 運営に参画している(していた) ・ 名前だけ知っている	・ 催しに参加したことがある ・ 全く知らない	
【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。	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。
※「参加申込書」に記載された個人情報、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。

<送付書類欄>お忘れがないか最終チェックをお願いします。

- ①参加申込書(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日コースまたは演習コース)
- ③直近の相談支援従事者現任研修の修了証書の写し(※過去に受講済みの場合)

※配達記録が残る方法(簡易書留、特定記録郵便等)で御提出ください

送付先: 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町375

社会福祉法人京都府社会福祉協議会 京都府福祉人材・研修センター 研修課宛

申込締切は、**令和3年7月26日(月) 必着**です。