

令和4年度京都府相談支援従事者初任者研修 受講申込書【8日コース】

【事業所記入欄】 ※申込者記入欄の内容を御確認ください。

法人名	
事業所名	
担当者氏名	
所在地	〒
TEL(FAX)	(FAX)
※連絡先	※受講決定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入。 〒 (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に記入)
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。	<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、事務局が受講を断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】に記入された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4年4月1日現在)	現在の職種	
<input type="checkbox"/> 本研修の受講に当たり、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。			
オンデマンド講義 視聴環境※	※オンデマンド講義: パソコンやタブレット・スマートフォン等を用いて、インターネットにアップロードされた動画を視聴 <input type="checkbox"/> オンデマンド講義の受講が可能 <input type="checkbox"/> 視聴環境がないため、オンデマンド講義の受講が不可能(受講決定通知時に個別に御案内します。)		
受講要件 ※該当する区分に○印を付けてください。	①相談支援事業所職員	②相談支援事業所を有する 法人職員	③相談支援事業所を 開設予定の法人職員
申込みに係る状況 ※該当する記号に○印を付けてください。	【相談支援専門員に必要な実務経験を満たしている場合】		
	ア 今年度中に相談支援事業の開始を予定している事業所に、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(令和 年 月 日事業開始予定)		
	イ 既に開所され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		
	ウ 翌年度に相談支援事業の開始を予定している事業所に、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(令和 年 月 日事業開始予定)		
	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、資格を取得しようとする職員		
	【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】		
受講配慮 ※いずれかに○印を付けてください。	有		
	【配慮が必要な内容】(例: 手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等) 受講配慮を希望される場合はその旨を必ず記入してください。事前に記入がない場合は、受講に際し必要な配慮・対応ができない場合がありますので御注意ください。		
	無		

※楷書で丁寧に記入してください。足りない場合は、用紙をコピーして使用してください。

※全ての項目を漏れなく記入してください。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。

※受講申込書に記載された個人情報は、本研修の適切かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。また、各市町村に対して申込みや修了可否の状況等を通知しますので御承ください。

提出期限: **令和4年6月3日(金)《必着》**