

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【3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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> がない場合、研修の受講はできません。 <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 日 (※令和4年4月1日現在) |
| サービス種別(下段参照) | | 現在の職種 | |
| 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 ※該当する記号に○印を付けてください。 | 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等を要するサービス事業所を開設予定の法人 開設場所・協議状況等 () | | |
| | ウ 既に指定を受けており、追加でサービス管理責任者等を養成しようとする事業所 | | |
| | エ 市町村担当者・特別支援教育関係者・精神科病院関係者 | | |
| 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 |

【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)

※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。

※受講申込書に記載された個人情報、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》**