**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。 | □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。  □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　　ヶ月（※令和４年４月1日現在） | | 現在の職種 |  | | |
| * **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  □オンデマンド講義の受講が可能  □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】 | | | | |
| 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取得しようとする職員 | | | | |
| 受講配慮  ※いずれかに○印を  付けてください。 | | 【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）  有  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了承ください。

**提出期限：令和４年６月３日（金）《必着》**

**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【演習コース】**

**【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。 | □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。  □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　 　ヶ月（※令和4年4月1日現在） | | 現在の職種 |  | | |
| * **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。 | | | | | | |
| 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】 | | | | |
| 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取得しようとする職員 | | | | |
| 受講配慮  ※いずれかに○印を  付けてください。 | | 【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）  有  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 |

※【必須】平成29年度～令和3年度の間に本研修3日コース（講義部分）を修了した際の修了証書（写し）を添付してください。

※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了承ください。

**提出期限：令和４年６月３日（金）《必着》**

**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☑を入れてください。☑がない場合、研修の受講はできません。  □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　　　　ヶ月  　　　　　　　　　（※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  □オンデマンド講義の受講が可能  □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。 | 【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）  有  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了承ください。

**提出期限：令和４年６月３日（金）《必着》**