

年度愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

愛媛県知事 様

- 【注意事項】
1. 氏名は、そのまま修了証等に記載するため、楷書ではっきりと記入してください。
 2. 受講決定通知のほか、案内等については、原則としてメールでお送りしますので、必ずメールアドレスを記載してください。(ない場合は、FAX 又は郵送します。)
 3. その他、枠内の指示に従って記入してください。

ふりがな			生年月日	〔 昭和 ・ 平成 〕	
氏 名	(印)	性 別	年 月 日	〔 男 ・ 女 〕	
住 所 (ご自宅の住所、Tel、FAX、E-mail を記入してください。)	〒		Tel. ()	FAX. ()	
	◎E-mail :		@		
現所属	事業所名称 (行政職員の場合は、市町名及び所属)	法人名 事業所名	職名	所属区分 ※	
	事業所所在地 連絡先	〒		Tel. ()	FAX. ()
		◎E-mail :		@	
事業所のサービス種別	対象者 (主として該当するものに○) 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 児童 ・ その他				
申込受講日数	1 全課程 (5日課程)		2 2日課程		
実 務 経 験					
該当項目 (別紙参考資料参照のうえ、いずれかに○)				左 記 経 験 年 数	(注) 年 月
I. 第1の期間が通算3年以上		II. 第2、第3、第5及び第6の期間が通算5年以上			
III. 第4の期間が通算10年以上		IV. 第2から第6までの期間が通算3年以上かつ第7の期間が通算5年以上			
保健福祉 関係免許、 資格等	免許、資格の名称	免許、資格の名称		免許、資格の名称	
受講上の配慮事項	(例：手話通訳、点字資料、車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など)				

※ 所属区分については、次のうちから該当する番号等を記入して下さい
 1 更生相談所 2 福祉事務所 3 公立の社会福祉施設 4 民間の社会福祉法人 5 保健所 6 精神保健福祉センター
 7 精神障害者社会復帰施設 8 病院・診療所 9 行政機関 (1～8以外の行政機関の者 (例 市町の相談担当者))
 10 その他 (具体的に記入して下さい)
 (注) 経験年数は、指定相談支援事業所としての業務開始 (予定) 日までの期間を記入して下さい。

【新所属事業所】 ※指定相談支援事業 (市町が指定を受ける場合を含む) に従事しようとする場合、または、現在所属の事業所がサービス種別を変更しようとしている場合に記載して下さい。

新所属	新所属名称			職種	
	事業所所在地	〒		Tel.	
	事業所のサービス種別	対象者 (該当に○) ・ 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 児童 ・ その他			

※ご記入いただいた個人情報は当該研修の運営及び統計資料の作成に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。なお、氏名、勤務先名、職名、連絡先及び E-mail を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。差し障りのある場合には、予め事務局までご連絡ください。

年度愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

愛媛県知事 様

事業所長

氏名 _____ (印)

次の者に標記研修を受講させたいので、申込みします。

- 【注意事項】
1. 氏名は、そのまま修了証等に記載するため、楷書ではっきりと記入してください。
 2. 受講決定通知のほか、案内等については、原則としてメールでお送りしますので、必ずメールアドレスを記載してください。(ない場合は、FAX 又は郵送します。)
 3. その他、枠内の指示に従って記入してください。

ふりがな				生年月日		〔昭和・平成〕	
氏名		(印)		性別		年 月 日 〔男・女〕	
住所 (ご自宅の住所、Tel、FAX、E-mail を記入してください。)		〒		Tel. () FAX. ()		◎E-mail : @	
現所属	事業所名称	法人名 事業所名		職名		所属区分	※
	事業所所在地 連絡先	〒		Tel. () FAX. ()		◎E-mail : @	
	事業所の サービス種別			対象者 (主として該当するものに○) 身体・知的・精神・児童・その他			
申込受講日数		1 2日課程					
受講上の配慮事項		(例：手話通訳、点字資料、車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など)					

※ 所属区分については、次のうちから該当する番号等を記入して下さい

- 1 更生相談所 2 福祉事務所 3 公立の社会福祉施設 4 民間の社会福祉法人 5 保健所 6 精神保健福祉センター
7 精神障害者社会復帰施設 8 病院・診療所 9 行政機関 (1～8以外の行政機関の者 (例 市町の相談担当者))
10 その他 (具体的に記入して下さい)

【新所属事業所】 ※現在所属の事業所がサービス種別を変更しようとしている場合に記載して下さい。

新所属	新所属名称			職種			
	事業所所在地	〒		Tel.			
	事業所のサービス種別			対象者 (該当に○) 身体・知的・精神・児童・その他			

※ご記入いただいた個人情報は当該研修の運営及び統計資料の作成に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。なお、氏名、勤務先名、職名、連絡先及び E-mail を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。差し障りのある場合には、予め事務局までご連絡ください。

年度愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修受講申込書

平成 年 月 日

愛媛県知事 様

- 【注意事項】
1. 氏名は、そのまま修了証等に記載するため、楷書ではっきりと記入してください。
 2. 受講決定通知のほか、案内等については、原則としてメールでお送りしますので、必ずメールアドレスを記載してください。（ない場合は、FAX 又は郵送します。）
 3. その他、枠内の指示に従って記入してください。

ふりがな			生年月日	〔 昭和 ・ 平成 〕	
氏名	(印)		性別	年 月 日	[男 ・ 女]
住所 <small>（ご自宅の住所、TEL、FAX、E-mail を記入してください。）</small>	〒 TEL. () FAX. () ◎E-mail : @				
所属名 (市町、部課名)				所属区分	※
所属先住所 連絡先	〒 TEL. () FAX. () ◎E-mail : @				
申込受講日数	1 全課程（5日課程） 2 2日課程				
実務経験（保健福祉関係）					
勤務課所等の名称	職種（職名）等	実務経験期間		従事年月	
		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月	
		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月	
		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月	
		実務経験期間合計		年 月	
保健福祉 関係免許、 資格等	免許、資格の名称	免許、資格の名称		免許、資格の名称	
受講上の配慮事項	(例：手話通訳、点字資料、車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など)				

※ 所属区分については、次のうちから該当する番号等を記入して下さい

- 1 更生相談所 2 福祉事務所 3 公立の社会福祉施設 4 民間の社会福祉法人 5 保健所 6 精神保健福祉センター
7 精神障害者社会復帰施設 8 病院・診療所 9 行政機関（1～8以外の行政機関の者（例 市町の相談担当者）
10 その他（具体的に記入して下さい）

※ご記入いただいた個人情報は当該研修の運営及び統計資料の作成に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。なお、氏名、勤務先名、職名、連絡先及び E-mail を記載した受講者名簿を、受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配布しますので、ご承知おきください。差し障りのある場合には、予め事務局までご連絡ください。