

(様式第1号)

申込様式1 (記入例)

令和元年度 長野県 障がい者サービス管理責任者等研修対応 相談支援従事者初任者研修講義部分 申込書様式

特定非営利活動法人長野県相談支援専門員協会 宛

申込機関名	(福)〇〇福祉会 多機能型事業所△△		
申込機関住所 建物名・部屋番号 等も詳しく ご記入ください	〒 000 - 0000	長野県	信濃アルプス市 土湖加1丁目1番地 阿底ビル2階
電話番号	026-000-0000	FAX番号	026-000-1111
所属長氏名	七篠 権兵衛	申込担当者氏名	葉梨 菊代

「令和元年度 長野県 障がい者サービス管理責任者等研修対応相談支援従事者初任者研修講義部分」に下記の者を受講させたいので、上記団体より推薦の上、申し込みます。

※修了証に記載しますので、氏名の字体は正確にご記入ください。

受講者氏名	佐比地 寛	氏名ふりがな	さびじ かん
生年月日(西暦)	1980 年 0 月 0 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 団体会員	会員ID	
資格名称・職名	社会福祉主事任用資格・生活支援員		
備考			

※上記受講者について、下記の該当する箇所にチェックを入れ、必要箇所は記入してください

①. 所属	<input checked="" type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所(基準該当事業所を含む)	<input type="checkbox"/> 行政機関	<input type="checkbox"/> 医療機関
	<input type="checkbox"/> 介護保険事業所	<input type="checkbox"/> その他()	
②. 実務経験	3 年 4 ヶ月		
③. 業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> 直接介護業務	<input type="checkbox"/> 相談(支援)業務	<input type="checkbox"/> 就学,教育,進路相談 <input type="checkbox"/> 医療,看護
	<input type="checkbox"/> その他()		
④. 過去にサービス担当者会議に出席したことがありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
⑤. 個別支援計画を知っていますか?	<input checked="" type="checkbox"/> 知っている	<input type="checkbox"/> 知らない	
⑥. サービス等利用計画を知っていますか?	<input checked="" type="checkbox"/> 知っている	<input type="checkbox"/> 知らない	

※ 申込様式は1名につき、1枚となります。受講者氏名は楷書で明確にご記入ください。

※ 記入漏れがある場合は受理できないことがありますのでご注意ください

◎申し込み締め切り日：令和元年8月23日(金)