

(様式第1号)

FAX送信先：026-221-8760

令和元年度 長野県 障がい者相談支援従事者専門分野研修  
「地域移行・地域定着」 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	(社福)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		
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 障がい者相談支援従事者専門分野研修「地域移行・地域定着」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	相談 志太郎	氏名ふりがな	そうだん したろう
生年月日(西暦)	1980 年 1 月 1 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	社会福祉士・相談支援専門員		
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"/> その他 ( )		
②. 相談支援実務経験	2 年 5 ヶ月		
③. 今までに地域移行支援計画を作成したことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
④. 今までに地域定着支援計画を作成したことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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9月17日(火)