

# 申込様式1 (記入例)

## 令和元年度 長野県 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修 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

※ 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

※ 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

※ 修了証に記載しますので、受講者氏名の字体は楷書で正確にご記入ください。

申込団体名	(福)〇〇福祉会 多機能型事業所△△		
申込団体住所 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 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修」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。なお、下記の者が今回申し込む研修の実務要件を満たしている、若しくは今年度中に満たすことを上記団体の代表が責任を以て認め、それに係る不備や虚偽等があった場合は、研修修了の取り消しを含め指定者の指示や処分に従うことを認めます。

<input checked="" type="checkbox"/> 認めます(上記内容に同意し、受講を申し込みます)		<input type="checkbox"/> 認めません(受講申込はできません)	
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
相談支援従事者初任者研修 (講義部分を含む)について	<input type="checkbox"/> 平成30年度以前に修了済み・修了証番号： <input checked="" type="checkbox"/> 令和元年度に受講のため、修了証番号は未確認		
<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			
受講を希望する研修日程 (いずれか一つを選択)	<input type="checkbox"/> 研修No.19060 中南信会場①(10月18日、22日、29日、11月6日)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 研修No.19061 東北信会場①(11月7日、8日、11日、14日)		
	<input type="checkbox"/> 研修No.19062 東北信会場②(11月20日、25日、28日、29日)		
	<input type="checkbox"/> 研修No.19063 中南信会場②(11月26日、27日、12月11日、12日)		
交付を希望する修了証の種類 (いずれか一つを選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 「① 障がい者サービス管理責任者基礎研修修了証」のみ		
	<input type="checkbox"/> 「② 児童発達支援管理責任者基礎研修修了証」のみ		
	<input type="checkbox"/> ①と②両方の修了証(複数発行手数料1,000円がかかります)		
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 5 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( )		

◎申し込み締め切り日：令和元年10月4日(金)