令和２年度　福岡県相談支援従事者現任研修　受講申込書

**【更新者コース】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　 |
| 氏　　　名 | 旧姓（　　　　　　）修了証と異なる場合はお書きください。 |
| 受講申込日程（いずれかに○） | 　（　　　）　　　【日程①】　12/１１（共通）　12/２４　12/２５　2/８　（　　　）　　　【日程②】　12/１１（共通）　　1/１３　　1/14　2/９　※　受講希望者数により、希望した日程にならない場合がありますのでご了承くだい。 |
| 法人名称 |  |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先所在地※勤務していない方は自宅を記入ください。 | 〒　　　　　－　　　　　　　Tel　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現職名 |  | 現職経験年数 | 年　　　ヶ月 |
| 障がい分野（主に対象としている分野に○） | 身体　　　　知的　　　　精神　　　　児童　　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 相談支援業務経験の有無（当てはまる方に○） | 有（　　　　年間）　　・　　無 | 福祉・医療等分野での就業経験年　　　 | 通算年　　　　ヶ月 |
| 初任者研修5日間修了年度 | ※講義（2日）と演習（3日）を別の年度で修了された方は、演習修了年度を記載（　　　　　）　平成２２年度　→→→現任研修最終受講年度　平成　　年度　（　　　　　　）　平成２７年度 |
| 福祉・医療等資格 |  |
| 備　考 | ＊車いす席など、配慮が必要な事項がありましたらご記入ください |
| 推薦　社会福祉法人　福岡市社会福祉事業団　様上記の者に標記研修を受講させたいので申し込みます　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※必要枚数をコピーしてご利用ください

※この申込書に記載された個人情報については本研修の運営以外の目的では使用いたしません