別　紙

**令和６年度障がい者相談支援従事者及びサービス管理責任者等**

**専門コース別研修受講申込書**

令和７年　　月 　　日

岩手県社会福祉士会　会長　様

ふ　り　が　な

１　受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女

２　生年月日　　　昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　　歳）

３　事業所名

４　職名

５　事業所所在地　〒　　　―

６　事業所電話番号　　　　　　　　　（　　　　　　）

７　事業所ＦＡＸ番号　　　　　　　　（　　　　　　）

８　支援実務経験　　　相談支援専門員 ・ サービス管理責任者等　　　　年　　月（通算）

　　その他職員（聴講者）　　　　職名

９　各研修の修了状況（**直近で修了したものいずれか１つ**に○をつけてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック欄 | 研修名 | 修了年度 |
|  | 相談支援従事者初任者研修 | 年度 |
|  | 相談支援従事者現任研修 | 年度 |
|  | サービス管理責任者等基礎研修 | 令和　　　　　年度 |
|  | サービス管理責任者等実践研修 | 令和　　　　　年度 |
|  | サービス管理責任者等更新研修 | 令和　　　　　年度 |
|  | その他職員（聴講者） |

**※研修の修了証書の写しを添付してください。（聴講者は不要）**

10　現在の従事状況（いずれかに○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 現在の従事状況 |
|  | 現在、相談支援専門員若しくはサービス管理責任者等として従事している。 |
|  | 過去に相談支援専門員若しくはサービス管理責任者等として従事した経験がある。 |
|  | その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

11　車いす又は電動車いすの利用　　　　　　　　有　　・　　無

12　障がいがあるため、何らかの措置をご希望の方は、次の欄に記載してください。

　（なお、ご要望には対応できない場合があることをあらかじめご了承ください）

**令和７年２月４日(火)郵送必着。郵送(110円切手添付の返信用封筒同封)**のこと。