別　紙２

〔添書不要〕

平成27年度栃木県サービス管理責任者研修受講資格取得研修申込書

平成27年　　月　　日

コミュニティサポートセンターひかり　山口、伊藤　　行

（FAX０２８－６１２－７７１８）　　　　　　　　　　　　　※申込み締切日　７月１日（水）必着

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名※修了証書に記載するため正確に記入してください | （　　　　　　　　　　　　） | 生年月日性　　別 | 　　年　　月　　日　男　・　女 |
| 法人名称 |  | 同一法人内に複数の申込者がいる場合の優先順位 |  |
| 事業所名称 |  |
| 連絡先(通知先) | 事業所所在地 | 〒　　　　－ |
| TEL　　　　－　　　　－　　　　FAX　　　　－　　　　－ |
| 現職名(職種) |  | 現職の経験年数 | 年月 | 障害保健福祉業務経験年数 | 　　年月 |
| 注)平成27年3月31日時点で記入してください。 |
| 保健福祉関係資格(該当するものに○印をつけてください) | 〔　　〕社会福祉士　〔　　〕精神保健福祉士　〔　　〕介護福祉士〔　　〕保健師　　　〔　　〕看護師 |
| 〔　　〕保育士　〔　　〕社会福祉主事任用資格　〔　　〕児童指導員任用資格〔　　〕訪問介護委員１、２級　〔　　〕その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 障害分野(主に従事しているもの) | 身体　・　知的　・　精神　・　児童　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 従事している業務(該当するものに○印をつけてください、予定者も含みます) | 〔　　〕障害福祉サービス事業従事者（業務の内容：　　　　　　　　　　　）〔　　〕相談支援従事者（指定相談支援事業者）（市町の委託：　有　・　無）〔　　〕その他（業務の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講動機 |  |
| 車椅子の利用 | 有　・　無 |
| その他特別な配慮事項 |  |
| 研修申込に関する問合せ先 | 職・氏名 | TEL　　　　－　　　　－ |

※本書に記載いただいた個人情報は、研修以外の目的に使用しません。