令和６年度　精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修　受講（推薦）申込書

（別紙1）　　　　　　　　　　　　　　　　※下記の注意事項を十分ご確認の上ご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  ※１ |  | 受講に係る優先順位  ※２ | | （　　　）人中（　　　）位 | | |
| 申込者氏名  （受講希望者） |  |
| 生年月日 | | S・H　　年　　月　　日 | | |
| 所属事業所名  ※３ |  | | 障害の  有無  ※４ | | □有　　　□無 | |
| 事業種類 | □相談支援事業所　　　　□相談支援事業所以外 | |
| ※５  連絡先(勤務先) | (住所)　〒　　　－ | | 電話 | （　　　）　　　－ | | |
| ＦＡＸ | （　　　）　　　－ | | |
| (ｱﾄﾞﾚｽ) | | | | | ＊研修に使用するもの |
| ※６  研修修了履歴  ※７ | □相談支援従事者初任者研修　　　□相談支援従事者現任研修　　　□主任相談支援専門員研修 | | | | | |
| □ｻｰﾋﾞｽ管理責任者研修（基礎・実践・更新）　　□児童発達支援管理責任者研修（基礎・実践・更新） | | | | | |
| □相談支援従事者研修等（ｻﾋﾞ管、児発管研修を含む）の研修を受講したことがない | | | | | |
| 実務経験  (R６.９月末現在)  ※８ | 相談支援業務　（　　）年（　　）か月 | | 通算年数（　　）年（　　）か月 | | | |
| 直接支援業務　（　　）年（　　）か月 | |
| 従事状況 | □現在、精神障害者を支援している | | | | | |
| □今後、精神障害者を支援していく予定である | | | | | |

|  |
| --- |
| 上記の者を研修受講者として推薦します。  　　　　　　　　　　所　 　在　 　地  　（推薦者）　　　　法人又は事業所名  　　　　　　　　　　代表者職・氏名 |

【受講（推薦）申込書記載にあたっての注意事項】

※１　・氏名は修了証書に使用しますので、略字等は使用せず明確な文字で記載してください。

※２　・優先順位は受講（推薦）申込書ごとに、受講希望者全員の人数とそれぞれの受講に係る優先順位を、必ず記入してください。（＊受講希望者が1人の場合は、「（１）人中（１）位」と記載してください）

　　　・優先順位の記載がない場合は、２位以下として調整しますのでご注意ください。

※３　・事業種類は、相談支援事業所か、それ以外か、どちらかに○をしてください。

※４　・障害の有無について「有」とした場合は、必ず研修事務局へお問合せください。

※５　・所属事業所は、受講希望者が現在従事している事業所名を記載してください。

※６　・受講希望者が修了した研修の有無、及び修了した研修がある場合はその種類を記入してください。（＊サビ管・児発管研修については、基礎・実践・更新の該当するものに○をしてください）

※７　・令和6年9月末時点での支援業務に係る経験年数を記載してください。

※８　・従事している事業所で、現在精神障害者を支援している場合は「現在～」を、今後精神

障害者を支援していく予定がある場合は「今後～」を選択してください。