　（別紙）

令和６年度山梨県相談支援従事者現任研修受講申込書

　　令和６年　　月　　日

標記研修の受講者として次の者を推薦します。

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

【受講希望者の基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | ふりがな | | 性別 | 生年月日 | |
|  | |  | | 男・女 | （　昭和　・　平成　）  　　年　　　月　　　日 | |
| 所属事業所名 | |  | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | |  | | ＦＡＸ番号 | |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | | | | |
| 担当者名 | |  | | | | |
| 相談支援従事者初任者研修の修了年度　　平成　　年度修了 | | | | | | |
| 相談支援従事者現任研修　（　初めての受講　・　　　　回目の受講　） | | | | | | |
| 修了年度　１回目（　　年度）２回目（　　年度）３回目（　　年度）４回目（　　年度） | | | | | | |
| 相談支援の実務経験（相談支援専門員としての実務経験） | | | | | | |
| 事業所・施設名 | | | 従事期間 | | | |
|  | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |
|  | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |
|  | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 受講理由  （〇をつけてください） | １.今年度で研修有効期間が切れる。　２.来年度で研修有効期間が切れる。  ３.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 受講時に配慮を  希望する事項等 |  | | | | | |

※相談支援従事者初任者研修と相談支援従事者現任研修の修了証書の写しを添付して下さい。

※受講者は課題の提出が必須となりますので、課題の提出が出来ない方のお申し込みはお控え下さい。

※お申し込み締め切りは、令和６年６月２１日（金）１６：００まで