

令和6年度 熊本県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 及び相談支援従事者 専門コース別研修【意思決定支援（標準編）】 受講申込書

本受講申込書は申込フォームからのお申込みが難しい場合のみご使用ください。

令和 年 月 日

1. 施設情報

法人名称 (設置主体)			
勤務先名			勤務先担当者名
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	勤務先 FAX 番号		
メールアドレス			
勤務先の サービス種類 (該当するものに○)	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 施設入所支援 4. 自立訓練(機能訓練) 5. 自立訓練(生活訓練※宿泊型含) 6. 就労移行 7. 就労継続A型 8. 就労継続B型 9. 就労定着支援 10. 自立生活援助 11. 共同生活援助 12. 児童発達支援 13. 放課後等デイサービス 14. 保育所等訪問支援 15. 障害児入所施設 16. 一般相談支援 17. 特定相談支援 18. 障害児相談支援 19. 基幹相談支援 20. その他()		

2. 受講者情報

(氏名、生年月日は修了証書に記載されますので正確にご記入ください。
また受講者情報は必要に応じ県及び市町村に提出する場合がありますのでご了承ください。)

優先順位 (同一事業所で複数名申込がある場合、優先順位を記入してください)		番目 / 名中
フリガナ		生年月日
受講者氏名		西暦 年 月 日
自宅住所	〒	
携帯電話	※コンビニエンスストアで受講料お支払いの際に必要な為記入必須	
所有資格		
現在の従事状況 (該当するものに○)	サービス管理責任者 ・ 児童発達支援管理責任者 ・ 相談支援専門員 ・ 管理者 ・ 支援員 ・ その他()	
研修の受講状況 (該当するものに○)	相談支援従事者	未受講 ・ 初任者研修 ・ 現任研修 ・ 主任研修
	サービス管理責任者研修 (旧カリキュラム)	未受講 ・ 児童 ・ 知的精神 ・ 身体 ・ 介護 ・ 就労
	サービス管理責任者研修 (新カリキュラム)	未受講 ・ 基礎研修 ・ 実践研修 ・ 更新研修
研修受講にあたって、 配慮すべき事項		

※申込書に虚偽があった場合、受講を取り消す場合もございますので正確にご記入ください。

申込先 (FAX : 096-213-1601)
一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部 熊本県専門コース別研修係 (令和6年8月30日17時迄)