

受付番号

令和7年度 熊本県相談支援従事者初任者研修 受講者推薦及び申込書
(講義(eラーニング)コース:現にサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事している者用)

次の者は、現在、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事していますが、知識の向上を図るため、標記研修の受講者として推薦します。

設置主体	法人所在地	〒			
	法人名称				
	代表者	役職		氏名	
					印

担当者名

電話番号

受講決定・不決定通知書
送付先FAX

今回、推薦する受講者について

①	フリガナ			② 生 年 月 日	
	氏 名			西暦	年 月 日
③ 携帯電話				④ メールアドレス	
		※コンビニエンスストアで受講料お支払の際に必要な為記入必須		※eラーニング視聴のためのID・パスワードを送信するため記入必須	
⑤ 現勤務先 情 報	事業所名				
	所在地	〒			
	サービス 種類	居宅介護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、GH、就労移行、 就労A型、就労B型、就労定着支援、放課後等デイ、障害児入所、相談支援、高齢系サービス、 その他()			
	電話番号				
⑥ サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事開始した時期				平成 ・ 令和 年 月から	
⑦ 相談支援従事者初任者研修(講義部分)受講年度				平成 ・ 令和 年度	
⑧ サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者研修 修了年度				平成 ・ 令和 年度	
⑨ 備考		※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください			

＜申込前の自己チェック＞

- ☐ 申込書の記入欄に必要事項を全て記入する ※記入漏れがあった場合、受付できない場合があります
- ☐ 推薦欄に法人印を捺印する(個人申込みの場合は申込み者本人の印)
- ☐ 講義(eラーニング)を受講するにはインターネットに接続できるパソコンまたはタブレット、スマートフォンが必要です。通信制限のない環境(Wi-Fiなど)を整えてください。