

**令和4年度 熊本県相談支援従事者専門コース別研修
【地域移行・地域定着】受講申込書**

担当者氏名： _____

担当者電話番号： _____

受講通知書送付先FAX番号： _____

フリガナ 氏名		生年月日	
		西暦	年 月 日
携帯電話		メールアドレス	
	<small>※コンビニエンスストアでお支払いの際に必要です。</small>		
所属	法人名	相談支援事業所名	
相談支援 事業所種別	指定一般 ・ 指定特定 ・ 指定障害児 ・ 基幹 ・ その他 ()		
	<small>※相談支援事業所以外の場合は、その他の () 内に事業種類を記入してください。</small>		
事業所 所在地	(〒 _____) 住所		
	TEL _____		
所有資格	保健師 ・ 看護師 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 社会福祉主事任用資格 精神保健福祉士 ・ 訪問介護員1級 ・ 訪問介護員2級 ・ 保育士 児童指導員任用資格 ・ 資格なし ・ その他 ()		
従事状況	現在、相談支援専門員として _____ 従事している ・ 従事していない		
相談支援事業所で相談支援専門員として従事している通算の期間 (令和5年1月末時点)	年	ヶ月	事業所内 優先順位 人中
相談支援 従事者研修 修了状況	初任者研修 修了年度	平成 ・ 令和 _____ 年度 (修了証番号： _____)	
	<u>直近の</u> 現任研修 修了年度	未受講	
		平成 ・ 令和 _____ 年度 (修了証番号： _____)	
	主任研修 修了年度	未受講	
	平成 ・ 令和 _____ 年度 (修了証番号： _____)		
備考			

送付先：(一財) 保健福祉振興財団 相談支援専門コース別研修係
〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38
FAX 096-213-1601