

平成30年度愛媛県障がい者相談支援従事者専門コース別研修受講申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人愛媛県社会福祉事業団 行

- 【注意事項】
- 1 氏名は、そのまま修了証等に記載するため、楷書ではっきりと記入してください。
 - 2 受講決定通知のほか、案内等については、原則としてメールでお送りしますので、必ずメールアドレスを記載してください。（ない場合は、FAX又は郵送します。）
 - 3 その他、枠内の指示に従って記入してください。

ふりがな				生年月日	〔昭和・平成〕	
氏名		(印)		性別	年 月 日 〔男・女〕	
住所等		〒 TEL. () FAX. () ◎E-mail: @				
現所属	事業所名称	法人名 事業所名		職名		
	事業所所在地 電話番号	〒 TEL. () FAX. () ◎E-mail: @				
	事業所の サービス種別	対象者（主として該当するものに○） 身体・知的・精神・児童・その他				
相談支援従事者 初任者研修修了年度		1. 愛媛県研修 平成 年度修了 2. 他県・国・政令市 年度修了 (研修場所:)				
相談支援従事者としての実務経験			左記経験年数		(注) 年 月	
受講上の配慮事項		(例：手話通訳、点字資料、車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など)				

※ 所属区分については、次のうちから該当する番号等を記入して下さい
 1 更生相談所 2 福祉事務所 3 公立の社会福祉施設 4 民間の社会福祉法人 5 保健所 6 精神保健福祉センター
 7 精神障害者社会復帰施設 8 病院・診療所 9 行政機関（1～8以外の行政機関の者（例 市町の相談担当者）
 10 その他（具体的に記入して下さい）
 (注) 経験年数は、受講日現在の経験年数を記入して下さい。

※ご記入いただいた個人情報は当該研修の運営及び統計資料の作成に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。