別　紙２

〔添書不要〕

平成30年度栃木県サービス管理責任者研修等受講資格取得研修申込書

平成30年　　月　　日

特定非営利活動法人栃木県障害施設・事業協会　久保居　行

**（FAX０２８－６１２－１９０２）**　　　　　　　　　　　　　**※申込み締切日　６月1日（金）必着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名**修了証書に記載するため正確に記入してください** | （　　　　　　　　　　　　） | 生年月日**（和　暦）**性　　別 | 　　年　　月　　日　男　・　女 |
| 法人名称 |  | 同一事業所内に複数の申込者がいる場合の優先順位 |  |
| 事業所名称 |  |
| 連絡先(通知先) | 〒　　　　－ |
| TEL　　　　－　　　　－　　　　FAX　　　　－　　　　－ |
| 現職名(職種) |  | 現職の経験年　　　数 | 年月 | 障害保健福祉業務経験年数（通算） | 　　年月 |
|  |
| **注)平成30年6月1日時点で記入してください。** |
| 保健福祉関係資格(該当するものに○印をつけてください) | 〔　　〕社会福祉士　〔　　〕精神保健福祉士　〔　　〕介護福祉士〔　　〕保健師　　　〔　　〕看護師　〔　　〕保育士〔　　〕社会福祉主事任用資格　〔　　〕児童指導員任用資格〔　　〕訪問介護委員１、２級　〔　　〕その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 障害分野(主に従事しているもの) | 身体　・　知的　・　精神　・　児童　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 現在従事している業務(該当するものに○印をつけてください、予定者も含む) | 〔　　〕障害福祉サービス事業従事者（業務の内容：　　　　　　　　　　　）〔　　〕相談支援従事者（指定相談支援事業者）（市町の委託：　有　・　無）〔　　〕その他（業務の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講動機 |  |
| サビ管資格取得希望分野 | ・介護　・地域（知的・精神）　・地域（身体）　・就労　　・児童 |
| 車椅子の利用 | 有　・　無 |
| その他特別な配慮事項 |  |
| 研修申込に関する問合せ先 | 職・氏名 | TEL　　　　－　　　　－ |

※本書に記載いただいた個人情報は、研修以外の目的に使用しません。