別紙２〔添書不要〕

令和２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

令和2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5月25日（月）必着**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  申　込　者　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 | | | S　・　H  年　　　月　　　日  男　・　女 | | | |
| 申　込　者　住　所 | 〒　　　　　－ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 法人名称 |  | | **同一施設・事業所内に複数の**  **申込者のいる場合の優先順位** | | | | | | 位    人中 |
| 施設・事業所名称 |  | | | | | | | | |
| 連絡先  (受講決定等通知先) | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| TEL　　　　－　　　　－　　　　FAX　　　　－　　　　－ | | | | | | | | |
| 現職名  (職種) |  | 現職の　経験年数 | | 年  月 | | | 障害福祉事業の　経験年数 | 年  月 | |
|  |
| **注)　令和2年5月1日時点で記入してください。** | | | | | | | |
| 保健・福祉・医療・教育関係資格  (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〔　　〕医師〔　　〕看護師　〔　　〕教師〔　　　〕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（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 現在従事している施設・事業所の対象者 | 身体　・　知的　・　精神　・　児童　・　高齢　・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）  〔　　〕高齢関係事業従事者  〔　　〕その他（業務の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 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。