別紙２〔添書不要〕

令和３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3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27日（木）必着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）申込者氏名**受講証明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 | 昭和　・　平成年　　　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 |  |
| 送付先(受講決定等通知先) | 名称 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　－ |
|  |
| TEL　　　　－　　　　－　　　　　FAX　　　　－　　　　－ |
| 職名(職種) |  | 現職の経験年数 | 年　　　　ヶ月 |
| **注)　令和3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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| R3年度サビ管基礎研修申込（該当するものに○印をつけてください） | 〔　　〕申込書類を郵送済み　　　〔　　〕郵送予定　(　　　　月　　　　日)〔　　〕R3年度は受講しない |
| **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。