**様式1**

**令和5年度栃木県相談支援従事者初任者研修受講申込書**

令和5年　　　月　　　日

**※申込み締切日：6月30日(金)**

**※提出先：事業所所在の市町**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | **生年月日** | 昭和 ・ 平成  　 　年　 　月　 　日 | |
| **氏名** | |  |
| **受講者住所** | | 〒 | **性　別** | 男　　・　　女 | |
| **※氏名・生年月日は修了証書に記載しますので、正確に記載してください。** | | | | | |
| 法人の名称 | |  | 同一法人内に複数の  申込者がいる場合の  優先順位 | | 位      人中 |
| 事業所  (通知先) | 名称 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－        **※受講可否の通知は事業所（通知先）宛てに送付します。** | | | |
| 相談支援の業務に  従事する時期 | | 1. 既に平成・令和　　年　　月から従事中 2. 令和6年3月までに従事 3. 令和6年4月から従事 | | | |
| 研修申込に関する  問い合わせ先 | | 所属    職・氏名 | ТＥＬ：　　　　－　　　　－  ＦＡＸ：　　　　－　　　　－ | | |

注）本書に記載いただいた個人情報は、研修以外の目的には使用しません。法人及び事業所の名称は、略さずに正式な名称を記入してください。