様式１

令和８年度栃木県相談支援従事者初任者研修受講申込書

令和８年　　月　　日

※申込み締切日：６月 11 日(木)

※提出先：事業所所在の市町

フリガナ **氏　　名**		**生年月日**	昭和 ・ 平成 年　　月　　日
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。**	
相談支援事業所にて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９年３月までに従事 3. 令和９年度中に従事予定 4. その他（＿＿＿年＿＿＿月従事予定）		
研修申込に関する問い合わせ先	所属 職・氏名	ＴＥＬ：　　－　　－ ＦＡＸ：　　－　　－	

※受講決定後、推薦を受けた市町以外の事業所へ移動した場合、修了証書が交付されませんのでご注意ください。

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。