

申込日 令和 4 年 月 日

令和 4 年度障害者相談支援従事者初任者研修受講者推薦・申込書	
法人名	
代表者職・氏名	代表者印
申込担当者名	
担当者電話番号	
担当者メールアドレス	
事業所名	
事業所番号	
事業所電話番号	
事業所住所	〒
次の者について、標記研修を受講させたいので推薦します。	
受講希望者氏名	
フリガナ	
生年月日	
現在の職種	
担当障がい種別	身体 知的 精神 児童
予定している勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤かつ専従 <input type="checkbox"/> 常勤（兼務） <input type="checkbox"/> 非常勤（専従） <input type="checkbox"/> 非常勤（兼務） <input type="checkbox"/> その他（勤務形態： ）
受講理由について	
受講理由	1. 既に相談支援事業者として指定を受けているが、利用者増や業務拡大に伴い、相談支援専門員の増員が必要なため 2. 既に相談支援事業者として指定を受けているが、相談支援専門員の退職・人事異動等により、相談支援専門員の交替を予定しているため 3. 相談支援専門員としての実務経験を満たす従業員がおり、本研修修了後、指定相談支援事業

	<p>所の開設を予定しているため （現在、市町村に開設に向けての相談をしている）</p> <p>4. 相談支援専門員としての実務経験を満たす従業員がおり、本研修修了後、指定相談支援事業所の開設を予定しているため （現在、市町村に開設に向けての相談をしていない）</p> <p>5. 相談支援従事者初任者研修を受講し相談支援専門員として従事していたが、資格更新のための当該研修を一度も受講しておらず、資格が失効したため</p> <p>6. 今後の業務に備えて学習したい</p> <p>7. その他</p>
確認事項	<p>受講した場合、考慮して欲しいことがあればお書き下さい</p>
領収書の宛先	<p>受講料の領収書に記載する宛先をお書きください。</p>