（受講申込用紙）

平成２８年度神奈川県相談支援従事者現任研修受講申込書

標記研修の受講者として下記の者を推薦します。

平成２８年　　月　　　日

神奈川県立保健福祉大学長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel　　　　　　　　　　　　Fax

※同一所属で複数の方を推薦する場合、必ず優先順位を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属内優先順位（※） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | ふりがな  昭和･平成 　　　 年　　　　月　　　　日生　　　　歳 | | |
| 修了年度 | 初任者  研　修 | １.　平成17年度以前　（※追加研修の受講が要件）  ２.　平成　　年度修了 | |
| 現　任  研　修 | １.　平成　　　年度修了  ２.　未修了 | |
| 所　　 属 | 所 属 別 | １. 指定相談支援事業所 （委託あり・委託なし）  ２. その他（サービス種別名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３. 市町村機関　　　　　　４. 県機関等 | |
| 所属名称 |  | |
| 配属部署 |  | |
| 担当業務 |  | |
| 住　 　所 | 〒 | |
| 電 　　話 | （　　　　　） | |
| 対象圏域 （○で囲む） | 横・三　　　県央　　　県西　　　湘南西部　　　湘南東部　　　相模原 | | |
| 対　　　象 (○で囲む) | 3障害　　　　身体障害　　　　知的障害　　　　精神障害　　　　児童 | | |
| 相談業務の経験年数 | 年　　　　　　ヶ月 | | |
| 計画相談支援作成の有無 | 有　（ 作成件数　　　　　　　件）　　　・　　無 | | |
| 雇　 用　 形　 態 | １　常　勤　　　　　　２　非常勤　（勤務形態：　　　　　　／週） | | |
| 身体障害等により受講及び演習に際して配慮する必要のある事項  (○で囲む) | １．車椅子の使用 | | ６．要約筆記者 |
| ２．介助犬の同伴 | | ７．付添い者（演習時など） |
| ３．点字教材 | | ８．身障者用駐車場 |
| ４．拡大文字資料 | | ９．その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．手話通訳者 | |
| (具体的な配慮事項) | | |

（該当する項目すべてに○を付けてください。）

※実践教育センターでは、神奈川県立保健福祉大学個人情報の取扱方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に

取り扱います。