

令和2年度愛媛県障がい者相談支援従事者現任研修受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人愛媛福祉研修協会 様

優先順位 ①・②・③・④  
募集要項7の【優先順位】を読んで、必ず①～④の  
該当する番号一つを○で囲んで下さい。記入がなけれ  
ば受理できません。

※文字ははっきりと楷書で記入して下さい。

ふりがな			生年月日	S・H 年 月 日生	
受講者氏名			性別		
所属について	名称	法人名： 事業所名：	事業所のサービス種別		
	所在地等 (受講者本人に必ず連絡のつく所)	〒 TEL： FAX：			
相談支援従事者研修 修了年度		1. 初任者研修：平成 年度修了 (初任研修が全ての基準になります。) 2. 現任研修：平成 年度受講 (最後の受講年度を記入してください。) <u>(この欄の記入が無い場合は受付出来ません。修了証の年度を必ず確認してください。)</u>			
受講上必要な 配慮事項		<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し (例：車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入して下さい。)			
所属無しの方 郵送先住所		〒 ☎ FAX			
同一法人内の優先順位 (複数申込の場合のみ記入)		定員の関係で、調整をお願いする場合があります。その参考にしますので、複数申込の時は必ず順位をつけておいてください。		第 位 / 人中	
<p><b>【実務経験証明 兼 受講推薦書記入欄】</b> 上記記載の実記載内容について、私が責任を持って必要書類を確認した上で受講を希望します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所(法人)名</p> <p>管理者等(代表者)氏名</p> <p>公印</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>必ず公印を押印して下さい。 印もれや個人印は受付致しません。</p> </div>					

※ 推薦書記入欄に記名押印された方の責任において、実務経験や研修修了年度が修了証等の必要書類で確認されているという前提で証拠書類の提出を省略しています。

※ ご記入頂いた情報は当該研修の運営のみに使用致します。それ以外の目的で受講者の了承なく第三者に開示することはありません。