

平成30年度大阪府相談支援従事者初任者研修（5日課程） 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、配置予定の事業所等代表者から推薦を受けてください。
※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。記入漏れや不備があった場合は申込み受付をいたしません。

ふりがな	じぎょうだん はなこ		性別	男 ・ 女	
受講者氏名	事業団 花子		生年月日	昭和 平成 49年 9月 11日	
ご自宅の住所	〒562-0012 大阪市箕面市白島三丁目 5-50				
現在従事している事業所について	法人・企業名	株式会社〇〇△△			
	事業所名	□□事業所			
	事業所所在地	〒562-0012 大阪府箕面市白島〇丁目〇-〇			
	事業所電話番号	☎072-724-8167			
	受講者電話番号 ※平日の日に連絡がつく電話番号をご記入ください	☎072-724-8167			
実務経験年数等 ※相談支援・直接支援等、実務経験要件に該当するもの（年数の過不足は問いません）	実務経験要件に該当する資格等	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 障がい児通所支援 10. 障がい児入所支援 11. 一般相談支援 12. 特定相談支援 13. 障がい児相談支援 14. 重度障がい者等包括支援 15. 基幹相談支援センター 16. 市町村 17. 居宅介護 18. 重度訪問介護 19. 行動援護 20. 同行援護 21. 短期入所 22. 施設入所支援 23. 高齢福祉関係 24. その他（ ）			
	A. 直接支援業務 B. 相談支援業務	年 月	C. 相談支援専門員の要件となる実務経験年数の「ト」に該当する期間 ※A～C年月数の合計になるよう記入してください 通算	7年 0ヶ月 11年 2ヶ月（H30.3.31時点）	
研修受講にあたり配慮すべき事項	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）				同行介助者（有・無）
相談支援専門員、重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として従事する予定の事業所について ※配置予定日までに実務経験要件を満たすこととします	事業所名	▲▲▲▲▲▲事業所			
	事業所所在地	都道府県	大阪府 大阪市 中央区		
	事業開始（予定）年月日	平成25年 4月 1日	未定	※未定年度のみ決まっている場合は年度のみ記入、年度が未定の場合は「未定」に○を付けてください	
	配置（予定）年月日	平成30年 12月 1日	未定	※記入の無い場合は○を付けてください	
事業種別	※該当する全ての事業番号に○をつけてください ① 一般相談支援 ② 特定相談支援 ③ 重度障がい者等包括支援 ④ 基幹相談支援センター ⑤ 基幹相談支援センター 7. その他（ ）				
相談支援専門員以外の職種との兼務予定	※兼務される予定の方は事業種別と職種を記入してください 1. あり（事業種別： 職種： ） 2. なし 3. 未定				

受講は、募集要項の9「受講者選考について」に記載の優先順位に基づいて決定します。
下記、受講優先順位の②～⑨のうち、該当する番号を記入してください。② ※①は選択できません
※表面の「配置予定年月日」も必ず記入してください。
（H30年度はH30.4.1～H31.3.31まで、H31年度はH31.4.1～H32.3.31までです）

- ①事業所において確実かつ速やかに相談支援専門員として配置予定の者で、市町村の相談支援専門員が協議し決定する者 ※①については、大阪府または各市町村へお問い合わせください
- ②既に事業を開始している事業所において、当該年度に相談支援専門員として増員配置予定の者又は当該年度にサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目以降の者
- ③当該年度に、事業開始予定の事業所において、研修修了後直ちに相談支援専門員として配置予定の者のうち2人目までの者又は事業開始予定の指定重度障がい者等包括支援事業所においてサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目までの者
- ④当該年度に、相談支援専門員又は指定重度障がい者等包括支援事業所のサービス提供責任者として配置予定の者のうち3人目以降の者
- ⑤翌年度に、事業開始予定の事業所において、相談支援専門員として配置予定の者のうち1人目の者又は事業開始予定の指定重度障がい者等包括支援事業所においてサービス提供責任者として配置予定の者のうち1人目の者
- ⑥既に事業を開始している事業所において、翌年度に相談支援専門員として増員配置予定の者のうち1人目の者又は既に事業を開始している指定重度障がい者等包括支援事業所において、翌年度にサービス提供責任者として配置予定の者のうち1人目の者
- ⑦翌年度に、相談支援専門員又は指定重度障がい者等包括支援事業所のサービス提供責任者として配置予定の者のうち2人目以降の者
- ⑧相談支援専門員の要件である実務経験を満たしている者で、相談支援専門員等の配置・交代が必要になった場合に備え、資格を有している者
- ⑨上記①～⑧については、配置予定年度と実務経験の期間を勘案し優先順位をつけるものとする。

別紙1-①を参照に、要件となる実務経験について記入してください

午前9時～午後6時に連絡の取れる電話番号を記入してください

該当事業所は□に✓をいれて人数を記入してください

上記⑨については、指定相談支援事業所の相談支援専門員または重度障がい者等包括支援事業のサービス提供責任者として、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、上記の者を受講者として推薦いたします。

同一事業所から複数申込みする者のうち 3人中 1人目（複数申込みする場合のみ記入）
平成30年 7月〇〇日

法人・事業所代表者名 株式会社〇〇△△
▲▲□□事業所
代表者 所長 〇〇〇 □□□
印 印 ※個人印不可

受講者署名欄
本研修の受講にあたり、私が本申込書に記入した内容および推薦欄のとおり、推薦を受けて申込みことに間違いはありません。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合はそれに従います。
本人署名がない場合は受付できません。必ずご署名ください
平成30年 7月〇〇日
受講者署名 事業団 花子

市町村における相談支援の提供体制の整備を推進し、申込書に記入した内容と受講後の研修状況について、市町村に対し情報を提供すること、及び市町村から相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを、
了承します □ 了承しません