別紙

**令和４年度東北ブロック相談支援従事者主任研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　○○県障害福祉担当課長　様

　　 ふ り が な

１　受講希望者氏名

２　生年月日　　　　　昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　歳）

３　事業所名

４　職名

５　事業所所在地　　〒　　　　―

６　事業所電話番号　　　　　　　　　（　　　　　　）

７　事業所ＦＡＸ番号　　　　　　　　（　　　　　　）

８　Ｅメールアドレス　　　　　　　　　　　　＠

９　相談支援従事者現任研修の修了年度**（※修了証書の写しを添付してください。）**

平成・令和　　　　年度

10　相談支援専門員としての従事経験

**※１　指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、地域生活支援事業実施要綱にある基幹相談支援センターで従事した経験を記載すること。**

**※２　記載する期間は、相談支援専門員として従事した期間が３年（３６か月）以上あることを記載すれば足り、全経歴を記載する必要はありません。**

【相談支援専門員としての従事経験】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 法人名 | 事業所名 | 従事期間 | 年月 |
| (例)指定一般相談支援事業所 | (例)(社福)○○○会 | (例)相談支援事業所■■ | (例)平成29年４月  ～令和４年11月 | (例)５年８月 |
|  |  |  | 年　月  ～　　　年　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　月  ～　　　年　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　月  ～　　　年　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　月  ～　　　年　月 | 年　　月 |
| 合　　計 | 年　　月 |

11　次のいずれかを満たしているか　該当箇所に〇を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 基幹相談支援センター又はそれに準ずる機能を有する地域相談支援事業所等において現に相談支援に関する指導的役割を担っていること |
|  | 都道府県における相談支援従事者研修又はサービス管理責任者等研修において研修の企画に携わっていること又は講義若しくは演習に講師として携わっていること  （具体的な実績：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であること |

12　市町村が推薦する者か**（※次ページの受講推薦書を添付してください。）**

13　座席の配慮やサポートを御希望の方は、次の欄に記載してください（なお、御要望には対応できない場合があることをあらかじめ御了承ください。）。

|  |
| --- |
|  |

（相談支援従事者主任研修用）

　令和　　年　　月　　日

受　講　推　薦　書

市町村長　△△　公印

下記の者は令和４年度東北ブロック相談支援従事者主任研修実施要綱で定める対象者であること、及び主任相談支援専門員として活躍が期待できることから同研修の受講者として推薦する。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受講する職員 | 法　 人　 名：  所属事業所名：  職　　　　名：  氏　　　　名：  生年月日：　昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村担当者 | | |
| 所属 |  | |
| 職 |  | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL: | e-mail: |