

推薦者が記入すること

所属内受講申込優先順位 位

平成23年度 神奈川県相談支援従事者現任研修（神奈川県委託事業）
受講申込兼推薦書

申込・推薦者（※申込者は施設・事業所等の管理者になります）
（施設・事業所名）

（施設長名）



対象者の主な障害種別 （相談支援の対象となる障害種別に ○をつけてください）	身体障害	知的障害	精神障害	障害児

（所在地）〒 —

（TEL/FAX）

平成23年度神奈川県相談支援従事者現任研修の受講者として、次の者を推薦します。
受講希望者 平成23年 月 日

フリガナ		生年月日 昭和・平成 年 月 日			
氏 名		() 歳			
		性 別 男 ・ 女			
職 種		保有資格（複数該当の方は全てチェックしてください） 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 介護支援専門員 看護師 ・ その他（ ）			
相談支援専門員		※ 現に、相談支援事業所の「相談支援専門員」として従事している場合、 ○を付けてください。			
修了した研修 ※ 該当する全ての研修に○を付け、修了年度を記入してください。					
	相談支援従事者初任者研修	(修了年度 平成 年度)			
	相談支援従事者研修（追加研修）	(修了年度 平成 年度)			
	相談支援従事者現任研修	(修了年度 平成 年度)			
	障害者ケアマネジメント従事者上級研修	(修了年度 平成 年度)			
身体障害等により、 受講に際し、配慮が 必要な事項 ※ 該当に○を付け てください		車椅子の使用の有無		介助犬の同伴の有無	
		拡大文字資料		手話通訳者	
		身障者用駐車場	その他（ ）		
				点字教材	
				要約筆記者	

- ＊ 修了した研修の修了証書等の写しを必ず同封してください。
- ＊ 平成23年12月8日（木）《必着》までに、郵送にてお申込みください。
- ＊ 複数人数お申込みされる場合は、申込書をコピーして、1人につき1枚でお申し込みください。

平成23年度 神奈川県相談支援従事者現任研修（神奈川県委託事業）の 受講申込方法

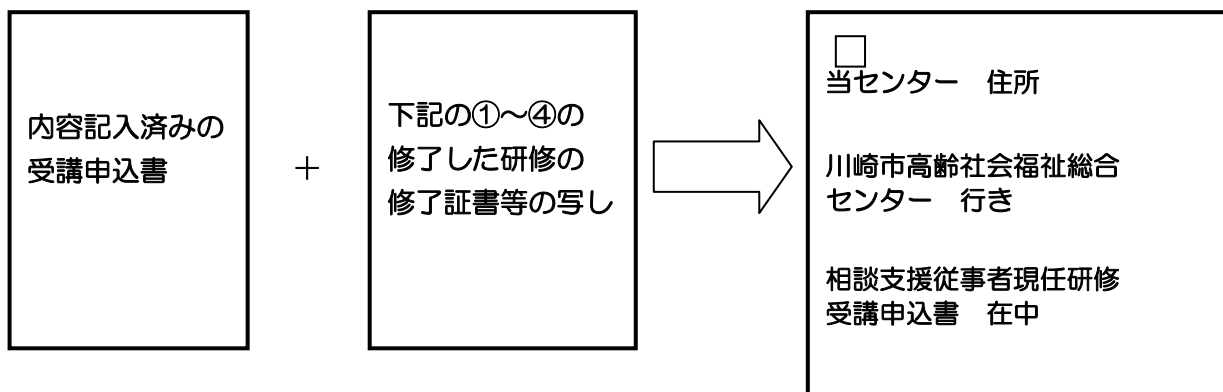
受講希望者の所属長は、別紙受講申込書に必要事項をご記入の上、下記の①～④の受講希望者が修了した研修の修了証書等の写しを同封し、平成23年12月8日（木）《必着》までに、川崎市高齢社会福祉総合センターあてに **郵送** でお申込みください。

複数人数お申込みされる場合は、別紙申込書をコピーして、1人につき1枚でご使用ください。

選考結果は受講の可否に関わらず、所属長あてに郵送にてお知らせいたします。12月15日（木）を過ぎても選考結果が届かない場合は、お手数ですが、川崎市高齢社会福祉総合センター〔TEL 044(976)9001〕までお問合せください。

※ 受講申込書に不備がある場合は、申込みが無効になることがあります。

※ ご提出いただいた書類はお返しいたしません。



以上、2点を封筒に入れて、切手を貼ってお申込みください

☆ 修了証書（受講証明書）の写しが必要な研修

- ① 相談支援従事者初任者研修
- ② 相談支援従事者研修（追加研修）
- ③ 相談支援従事者現任研修
- ④ 障害者ケアマネジメント従事者上級研修

＊①～④の受講者希望者が修了した研修について、修了証書（受講証明書）の写しを添付してください。

《個人情報の取り扱いについて》

本研修の申込に関して、事務局が知り得た住所、電話番号等の個人情報は、適切な研修業務の運営に使用いたします。

『お申込み・お問合せ先』

川崎市高齢社会福祉総合センター 人材開発研修センター 担当／佐野・津曲

《住 所》〒214-0035 川崎市多摩区長沢 2-11-1

《T E L》044（976）9001 《F A X》044（976）9000