

所属内優先順位_____位

(神奈川県委託事業)

平成 25 年度 川崎市相談支援従事者 **初任者研修** 受講申込兼推薦書

(法人名及び機関名)

公印

(所属長氏名)

※申込・推薦者は、原則として受講希望者が所属する機関の所属長になります。個人での申込みはできません。

◆サービス・活動の主たる対象者

1. 身体障害者 2. 知的障害者 3. 精神障害者 4. 障害児

◆機関の種類 (※別紙一覧表から該当する番号を選択。複数回答可。該当するものがない場合はその他を選択、記入。)

				※その他を選択時に機関の種類を記入
--	--	--	--	-------------------

(所在地) 〒 —

(TEL/FAX)

平成 25 年度川崎市相談支援従事者初任者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 25 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（ ）					
障害者に関する実務に従事した期間（平成 25 年 7 月 31 日時点）							
身 体		年 ヶ月		知 的		年 ヶ月	
精 神		年 ヶ月		障害児		年 ヶ月	
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		点字教材		
	拡大文字資料		手話通訳者		要約筆記者		
	その他（ ）						

※平成 25 年 7 月 9 日（火）《午後 4 時必着》までに、郵送にてお申込みください。

※同一事業所から複数名お申し込みの場合は、受講申込兼推薦書をコピーし 1 人につき 1 枚でお申込みください。

平成25年度 川崎市相談支援従事者**初任者研修**の 受講申込方法 (二次募集)

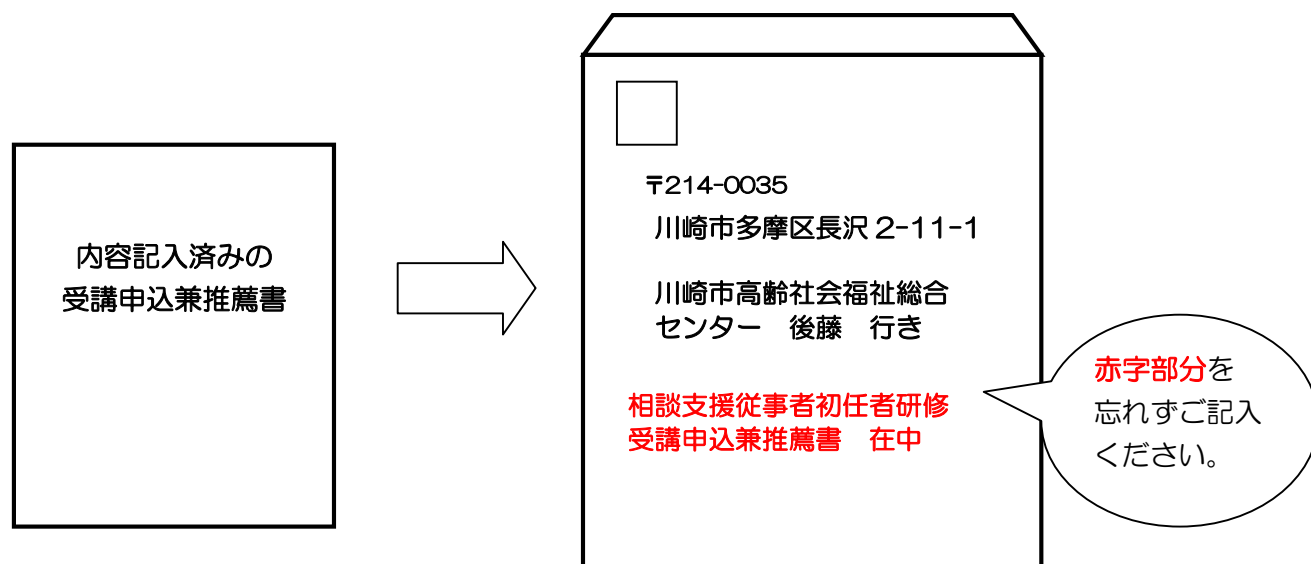
受講希望者の所属長は、受講申込兼推薦書に必要事項をご記入の上、7月9日(火)《午後4時必着》までに、川崎市高齢社会福祉総合センターあてに**郵送**でお申込みください。

複数人数お申込みの場合は、受講申込兼推薦書をコピーして、1人につき1枚ご使用ください。

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します。7月17日(水)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までお問合せください。

※受講申込兼推薦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返却いたしません。



《個人情報の取り扱いについて》

本研修の申込み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事業の運営のために活用いたします。

【お申込み・お問合せ】

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

《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

《担 当》後藤・植田

(別紙)

No.	機関の種類
①	一般・特定・障害児相談支援事業所
②	保健福祉センター・健康福祉ステーション・地域療育センター
③	障害者更生相談所・精神保健福祉センター・児童相談所
④	通所施設（生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型・B型）
⑤	入所施設（施設入所支援、自立訓練（宿泊型））
⑥	グループホーム・ケアホーム
⑦	訪問系サービス事業所（居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、移動支援、生活サポート）
⑧	地域活動支援センター
⑨	児童発達支援事業所
⑩	放課後等デイサービス事業所
⑪	その他

※その他を選択した場合は機関の種類を、受講申込兼推薦書の該当欄に記入してください。