

平成 22 年度 相談支援従事者研修〔 基礎研修・専門研修 〕 受講申込書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
北海道地域ケアマネジメントネットワーク 様

所属長
氏 名 _____ 印

次の者に標記研修を受講させたいので、申込みます。

受講申込研修 (申し込む研修に 印)	基礎研修 ・ 専門研修				
日程の希望と その理由	交通機関の利便性や特別な事情により日程変更を希望する場合のみ記入してください。 日程 _____ 理由 ()				
ふりがな			生年月日	年 月 日	
氏 名			性 別	男 ・ 女	
現 職 名		現職経験 年 数	年 月	保健福祉 業務経験 年 数	通算 年 月
勤務先所在地 (受講可否通知送付先)	〒 -				
勤務先の名称					
法人の名称					
T E L	-	-	F A X	-	-
過去の受講歴	無 ・ 有 (研修名:平成 年度) 専門研修申込者は、修了証書の写し(コピー)を添付の上、お申込みください。				
従事する業務の種類 (該当するものに 印を つけてください。予定者も 含みます)	〔 〕 市区町村障害者相談支援担当(市区町村職員) 〔 〕 相談支援事業所の相談員等 〔 〕 サービス管理責任者(障害福祉サービス事業所:種別) 〔 〕 その他(業務の内容:)				
以下、グループ分けの参考としてお聞きします。					
主に従事している分野 (該当する番号に 印)	1 相談支援(3障がい) 2 身体障がい 3 知的障がい 4 精神障がい 5 発達障がい 6 行政 7 その他()				
保健・福祉関係資格 (該当する番号に 印)	1 保健師 2 看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 精神保健福祉士 8 介護支援専門員 9 保育士 10 特別支援学校教員 11 社会福祉主事任用資格 12 ホームヘルパー 13 その他()				

記入いただいた情報は、当該研修の運営及び統計資料の作成、地域の相談支援従事者のネットワーク化を推進している北海道広域相談支援体制整備事業(地域づくりコーディネーター、地域生活移行支援コーディネーター)への情報提供に使用することがありますので、予めご了承ください。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。