

令和元年度大田区相談支援従事者初任者研修 受講者推薦及び申込書

令和 年 月 日

標記研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦いたします。

設置主体(法人名)	代表者職氏名※1	印
事業所名称	事業種別	
事業所所在地 〒	事業所電話番号	
問合せ担当者名	連絡先(日中連絡がとれる電話番号)	

1 相談支援専門員等として従事する事業所の状況について ※事業開始前の場合、開始予定の事業所について記入

従事予定事業所名※2	事業種別 (いずれかに○)	1 指定特定・障害児相談支援事業所 2 指定一般相談支援事業所		
障害種別 (該当に○)	・身体 ・知的 ・精神 ・障害児 ・難病等 (複数可)			
今回の申込みに係る状況	1	既に相談支援事業者として指定を受けており、利用者増や業務拡大に伴い、相談支援専門員の増員を必要としている。 ※事業者指定通知を添付のこと		
	2	既に相談支援事業者として指定を受けており、研修修了者がいるが、その者の退職・人事異動等により、相談支援専門員等を交代する予定。 ※事業者指定通知を添付のこと	【交代時期】 ・令和 年 月 ・未定	
	3	相談支援専門員としての実務経験を満たす従業者がおり、本研修修了後、指定相談支援事業又は重度障害者等包括支援事業の開始を予定している。 ※事業者指定の進捗状況の特記事項欄に必ず記入のこと (例1: ○月の事業開始を目指し、大田区に相談済み、例2: 申請窓口相談はしていないが、実施を予定している、等)	【事業開始予定時期】 ・令和 年 月 ・未定	
	4	その他 ※具体的状況を特記事項欄に記入のこと		
同一事業所内での、相談支援専門員数(0の場合、0人と記入)		人	計画・障害児相談支援の利用実人数 (平成31年4月実績)	人
特記事項 ※申込みに係る状況が3、4の場合記入				

2 受講者の状況について

同一事業所内での優先順位(1名の場合、1名中1番目と記入)		名中	番目
ふりがな		生年月日	
受講者氏名	男・女	昭和・平成	年 月 日
相談支援の実務経験	通算 年 月 (平成31年4月1日時点)	主たる実務経験分野(該当番号に○)	1. 身体 2. 知的 3. 精神 4. 障害児 5. その他()

* 実務経験年数を証明する物を必ず添付してください

3 研修修了者情報の提供について

研修修了者情報として、法人名・事業所名・修了者氏名を東京都に報告いたします。□

<記入上の注意>

※1 事業所代表者でも可

※2 新規開所の場合、現在の事業所でなく、従事予定の事業所の状況についてご記入ください。