別紙

**令和６年度障がい者相談支援従事者現任研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　岩手県社会福祉士会会長　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　相談支援従事者初任者研修の修了年度**（修了証書の写しを添付してください）**

　　　　　　　　　　　　　　　　平成・令和　　　　年度

* 受講決定に関わる内容となりますので、必ず記載してください。

９　相談支援従事者現任研修又は主任相談支援専門員研修（主任研修）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

* 受講決定に関わる内容となりますので、必ず記載してください。

10　研修対象者の区分

|  |  |
| --- | --- |
|  | ①　相談支援従事者現任研修（主任研修含む）を修了し、現に相談支援業務に従事している者　（次ページの 11相談支援の実務経験となる業務 に記載のこと） |
|  | ②　令和２年度以降に実施した初任者研修を修了し、受講開始日前５年間に２年以上の相談支援の実務経験がある者　（次ページの 11相談支援の実務経験となる業務 に記載のこと） |
|  | ③　上記①又は②以外で平成27年度から令和元年度に実施した現任研修、主任研修、初任者研修を修了した者で、その後初めて現任研修を受講する者 |

（該当するものに○を付けてください。複数に該当する場合、該当するもの全てに○を付けてください。）

11　相談支援の実務経験となる業務

**※１　ここで言う相談支援とは、児童福祉法第６条の２の２第７項に規定する障害児相談支援若しくは障害者総合支援法第５条第18項に規定する相談支援のことです。なお、直接支援は実務要件に含まれませんので御注意ください。**

**※２　記載する期間は、相談支援の実務経験として必要な期間を記載すれば足り、全経歴を記載する必要はありません。**

【相談支援の実務経験となる業務】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実務経験となる業務 | 法人名 | 事業所名 | 従事期間 | 年月 |
| (例)相談支援の業務 | (例)(社福)○○○会 | (例)相談支援事業所■■ | (例)平成31年４月～　令和４年 ９月 | (例)３年６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 |

12　車いす又は電動車いすの利用　　　　　　　　有　・　無

13　障がいがあるため、何らかの措置を御希望の方は、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。）。

|  |
| --- |
|  |

**令和６年10月18日(金)郵送必着。郵送(110円切手添付の返信用封筒同封)**のこと。