

申込書提出先
〒901-2316 沖縄県北中城村安谷屋1147番地 3階
おきなわ障がい者相談支援ネットワーク 宛

～相談支援専門員を希望の方～
令和6年度 沖縄県相談支援従事者初任者研修 申込書(7日課程)

※受講希望者本人が記入の上、配置予定の法人から推薦を受けてください。(個人申込も可能ですが法人推薦が原則となります)
※申請書はコピーをとり保管してください。特段の事情がない限り申込書の返却はいたしません。
※記入漏れや不備があった場合には受付しかねます。
※虚偽の内容により申込をされた場合には修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講じることがあります。

申込 区分	<input type="checkbox"/> 当法人にて下記の者を推薦する →複数名の場合は優先順位をつける…()人中()番目		
	<input type="checkbox"/> 個人で申請する		
(フリガナ) 受講希望者			生年月日 (西暦) 年 月 日
法人・事業所名	※個人申請の方は記載不要		
住所 (事業所所在地を記入 個人申込の場合は自宅)	〒 -		
電話番号		FAX番号	
受講希望 理由	※該当する項目1つに☑をつけ、配置予定等記入をしてください。		
	① <input type="checkbox"/> 法人もしくは事業所の立ち上げを予定している。 ※ 沖縄県・市町村と事前協議中の場合には日程を記入してください。 令和()年()月		
	② <input type="checkbox"/> 相談支援専門員として従事予定がある ※ 令和()年()月予定		
	③ <input type="checkbox"/> 法人内において急遽配置・交代が必要になった場合に備え、資格を用意しておくため		
	④ <input type="checkbox"/> その他()		

自由記述欄 (特記すべき事項があればご記入ください)

--

実務経験年数および職務経歴書(令和6年5月1日時点)

実務経験年数について、該当する区分に年数を入力し、職務経歴を記入してください。
 ※実務経歴書の添付は必要ありませんが、カウントできる全ての実務年数をご記入ください。

区分①	区分②	区分③	区分④
H18年10月1日に障害児相談支援事業等の従事者である者で、H18年9月30日までに相談支援業務に従事	相談支援業務に従事している者、または社会福祉任用資格等を有している者による直接支援等の業務	社会福祉主事任用資格等を有しない者による直接支援等の業務	国家資格等による業務に5年以上従事している者による相談支援業務および直接支援等の業務
年 月	年 月	年 月	年 月
3年以上	5年以上	10年以上	3年以上

配置可能年数→

年数が一致するか確認

※どの区分にあてはまるかは別紙の「実務経験要件」の表をご覧ください。

勤務年数	合計年数	勤務先所属・部署 ※事業所の分類も記入 (例 生活介護、就労継続支援B型等)	職種 ※保育士、ヘルパー、 介護支援員など	業務内容 (いずれか○)
年 月～年 月 ()年()か月	年 か 月			相談支援 直接支援
年 月～年 月 ()年()か月				相談支援 直接支援
年 月～年 月 ()年()か月				相談支援 直接支援
年 月～年 月 ()年()か月				相談支援 直接支援

※区分②、区分④に当てはまる方 国家資格や社会福祉主事任用資格など、業務に関連する資格 (保育士、介護福祉士等)

資格取得年月日	資格の名称
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

※ 経歴が入らない場合は任意の用紙で追記してください。

▼推薦書は、法人等代表者(推薦者)がご記入ください ※個人申込の方は推薦書欄は記載不要です

推薦書	上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。また、上記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。 令和 年 月 日 法人および事業所名 法人・事業所等代表者
	公印

受講申込者 署名欄 および 情報提供同意	1、本研修の受講申込にあたり、募集要項等に記載の内容に了承し、虚偽なく記入しました。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合にはそれに従います。申請状況・勤務状況等について確認が必要になった場合には所属先等に照会することについて了承します。 2、市町村における相談支援の体制整備の推進及び現場実習(インターバル)受入のため、本申込書の記載内容等について市町村等に対し情報を提供することに同意します。 (こちらの欄は全員記入) 令和 年 月 日 受講申込者署名
	印