株式会社マルク　福祉研修アカデミー

|  |
| --- |
| **令和７年度 愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（2日過程） 受講申込書** |

令和7年　　月　　日

相談支援従事者初任者研修申込フォームからのWEB申込はお済みでしょうか？　はい　・　いいえ

※申込フォームからのご登録がまだの方は、申込フォーム入力と送信をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 研修当日連絡がつく電話番号（携帯電話等） |  |
|  |
| 所属先 | 事業所名称※行政職員の場合は、市町名および所属 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  | 職名 |  |
| 事業所住所連　絡　先 | 〒　　　－ |
| TEL |  | FAX |  |
| 事業所のサービス種別 |  | 主な対象者※ |  |
| ※主な対象者は、該当する番号を右記より選択してください。　　①身体　②知的　③精神　④児童　⑤その他⑤その他の場合は具体的にご記入ください。 |
| 自宅住所等※所属先がない場合はこちらの入力をお願いします。 | 〒　　　－ |
| 同一法人内の優先順位※複数申込の場合のみ記入 | 定員の関係で、調整をお願いする場合があります。その参考にしますので、複数申込の場合は必ず順位を付けておいてください。 | 第　　位／　　人中 |
| サビ管・児発管基礎研修受講の有無 | 該当する番号に○をつけてください。１．令和7年度受講予定　　２．来年度以降で受講予定　　３． 受講済 |
| 備　　考 |  |

※必要な配慮事項がございましたら別紙にご記入いただき、受講申込書に添付してお申し込みください。

**≪実務経験証明　兼　受講推薦書≫**

上記の者は、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に必要な実務経験を有している。

又は、実務経験を満たす見込であるため、受講を推薦します。

事業所名：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　押印不要

経験年数：

配置について：

経験年数については、①３年以上　②５年以上　③８年以上　の中から該当する番号をご記入ください。

配置については、①実践研修後に配置予定あり　②将来的に配置の可能性あり　③現状では配置の予定なし　の中から該当する

番号をご記入ください。

※実務経験証明兼受講推薦書欄については、定員超過時において選考の参考にさせていただきます。

※ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。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。

※全日オンライン研修となります。インターネットに繋がる環境でご参加ください。

講義及び演習では、パソコンにZOOMクライアントアプリのダウンロード、カメラ、マイク機能が必要です。動画再生と音声出力ができるパソコン、インターネット回線(有線LAN推奨)、パソコンで使用するメールアドレスが必要となります。

本研修では、スマートフォン・タブレットでの受講は認めておりません。

パソコン以外で受講した際に画面共有等ができないなどの事象が発生する可能性がございます。受講環境はPC限定として許可とします。予めご了承ください。

※受講申込書などの必要書類の提出はメール送付のみの受付としております。郵送、FAXなどメール送付以外の受付は不可とします。

【事務局専用メールアドレス】support@fukushi-kenshu.jp

※使用するテキストについて

 障害者相談支援従事者研修テキスト 初任者研修編（中央法規出版）を使用しますので、あらかじめ各自でご用意ください。

<https://fukushi-kenshu.jp/wp-content/uploads/2025/02/a21b9ce1ab344fb2ea1887f510499831.pdf>

株式会社マルク　福祉研修アカデミー　研修事務局

メール　support@fukushi-kenshu.jp