

平成 27 年 東京都相談支援従事者初任者研修受講申込書

(精神障害者地域生活支援とうきょう会議初任者研修)

提出日：平成 年 月 日

ふりがな			生年月日
受講者氏名			大正・昭和・平成 年 月 日
受講者住所	〒		
連絡先	(職場・個人)	携帯：	
事業所名			
事業所住所	〒		
事業種別	³ 1. 指定特定相談支援事業者 2. 指定一般相談支援事業者 3. 指定障害児相談支援事業者 4. その他 () ※未定を含め、該当する事業種別すべてに○をつけてください。		
事業対象者	1. 身体障害者 2. 知的障害者 3. 精神障害者 4. 障害児 5. その他 () ※該当する対象者すべてに○をつけてください。		
実務経験等	福祉・医療現場での実務経験 通算 年 月	資格等 (例：ヘルパー 2 級、社会福祉士等)	
研修受講にあたって配慮すべき事項	1. 同行介助者席の用意 (本人と隣の席である必要 有・無) 2. その他 () ※介助が必要な方は、ご自分でお手配の程よろしくお願ひ申し上げます。		
同一事業所から複数申込みをする場合の優先順位 人中 人目			
とうきょう会議 (団体会員 ・ 個人会員 ・ 非会員) ※平成 27 年 6 月 20 日(とうきょう会議総会)時点で、会員手続きを終えられている方を会員とみなします。			

この研修に対する意気込みをお願いします m()m