

(別紙)

受講申込書兼推薦書

令和 年 月 日

法人等名 _____

事業所等名 _____

所属長職氏名 _____

以下の研修を次の者に受講させたいので、下表のとおり推薦します。

希望する 研修種別	<input type="checkbox"/> コーディネーター養成研修：令和4年12月2, 3日と12月17, 18日		
ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講希望者 氏名			
資格 (該当するものに○ (複数可))	①相談支援専門員 ②看護師 ③保健師 ④児童発達支援管理責任者 ⑤サービス管理責任者 ⑥保育士 ⑦社会福祉士 ⑧介護福祉士 ⑨精神保健福祉士 ⑩理学療法士 ⑪作業療法士 ⑫言語聴覚士 ⑬その他(具体的に: _____)		
所属	法人名		
	事業所等名		
	職場種別等 (該当するものに○ (複数可))	①相談支援(計画相談支援 障害児相談支援 基幹相談支援センター 障害者相談支援(委託)) ②訪問看護 ③障害児通所支援 ④障害福祉サービス ⑤学校 ⑦保育所 ⑧行政 ⑨その他(_____)	
	事業所等 所在地	〒 _____ 宮城県	
	事業所等 連絡先	電話番号 FAX 番号	
	E-mail		
	Web 研修用 E-mail	※上記と異なる場合のみ記載ください	
障害等による配慮	要(_____)・不要		

以下は、コーディネーター養成研修の受講を希望する相談支援専門員の方のみご記入ください。

研修 受 講 歴	初任者研修	修了年度	年度	受講地	宮城県・ その他 (_____)
	現任研修	修了年度 ※直近の修了	年度	受講地	宮城県・ その他(_____)
現在の計画作成件数 (医療的ケア児等に係るサービス等利用計 画及び障害児支援利用計画を現に作成し ている件数 (R3.7時点))			<input type="checkbox"/> 作成している (_____) 件 <input type="checkbox"/> 作成していない		

※web 研修のご案内やその他研修についての連絡に、記載いただいた E-mail アドレスを使用します。別途アドレスの確認を行う予定ですが、E-mail アドレスに誤りがないかを確認いただき、メールの受信が拒否されないよう設定をお願いします。