

## 令和5年度 佐賀県相談支援従事者初任者研修 受講申込書（オンライン研修）

年 月 日

この研修会は、7日間の相談支援専門員コースです。

2日間のサビ児管コースではありません。

申込担当者

連絡先

※ □枠内は、該当の項目にレ印をつけてください。

※ 申込書で太枠内の記載漏れや著しい誤記のある場合は、申込を受付できない場合があります。

演習希望日程※1	<input type="checkbox"/> 日程① 9月5日（火）、10月3日（火）、10月4日（水） <input type="checkbox"/> 日程② 9月6日（水）、10月17日（火）、10月18日（水）	写真をはる位置 (印刷でも可)  1. 縦36~40mm 横24~30mm 2. 本人単身 胸から上 3. 裏面のりづけ
ふりがな		
氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
事業所等 名称※2		
送付先 住所	( <input type="checkbox"/> 所属・ <input type="checkbox"/> 自宅) 〒 - ※所属先に送付の場合事業所名の記載をお願いします。	
Email※3	※オンライン研修受講者はZoomにて使用するメールアドレスを記載、Zipファイルの受け取れるアドレスを準備し、※ アルファベット (アンダーバー)、 - (ハイフン)、の区別がわかるように記載してください。	
当日連絡先 ※4	電話番号： ( )	※日中や当日に連絡のつく、電話番号を記載ください。
実務経験※5	<input type="checkbox"/> 参考様式4 実務経験証明書の写し添付あり ※提出された書類は返却できません。	
合計年数	<input type="checkbox"/> 相談支援業務で合計 ( 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 直接支援業務で合計 ( 年 ヶ月)	
受講対象者	<input type="checkbox"/> ①に該当 (佐賀県内の事業所に所属している) <input type="checkbox"/> ②に該当 (市町等職員) <input type="checkbox"/> ③その他 (個人等)	
課題実習圏域 ※6	<input type="checkbox"/> 佐賀地区 (佐賀市、神埼市、吉野ヶ里町)、 <input type="checkbox"/> 小城・多久地区 (多久市、小城市) <input type="checkbox"/> 鳥栖・三養基地区 (鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町)、 <input type="checkbox"/> 北部地区 (唐津市、玄海町) <input type="checkbox"/> 伊万里・有田地区 (伊万里市、有田町) <input type="checkbox"/> 杵藤地区 (武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町) <input type="checkbox"/> その他	
資格※7	※相談支援専門員の実務要件における有資格該当者のみ記載してください。	
受講者の 障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	※有 の場合は障害の種類を記載、具体的に必要になるとと思われる内容を記入ください

## ・事業所等からの所属証明及び推薦 ※8

実施要項を確認し、承諾の上、上記の者が現に当事業所に所属することを証明すると共に、記載の内容について虚偽や錯誤がないことを事業所等の責任で確認し研修の申込について推薦します。

施設又は事業所 所在地及び名称	
代表者氏名	役職 氏名 職印

申込締切：令和5年6月9日（金）【必着】

(裏面あり)

## 申込に関する注意事項・説明事項

1. 実施要項を確認の上、日程を選択ください。
2. 事業所等名称：記載された名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されます。
3. Email:オンラインでの受講を希望される方は Zip ファイルを受信できるアドレスを必ず記載ください。
4. 当日連絡先：研修当日の連絡や、研修に関する連絡に使用させていただきます。
5. 実務経験  
以下の内容が記載されており、施設長等の証明のある実務経験証明証の写しを必ず添付してください。
  - ・施設又は事業所名、その所在地、代表者氏名と押印、電話番号
  - ・証明を受ける者の氏名及び現住所、生年月日
  - ・勤務していた施設又は事業所名及びその種別
  - ・勤務していた期間及びその期間の従事日数
  - ・勤務していた職名及びその業務内容（障害児者の支援経験である必要があります。）
6. 課題実習圏域：課題実習 3 の参加予定圏域を事業所等の所在地となる圏域で記載してください。
  - 佐賀地区（佐賀市、神崎市、吉野ヶ里町）、小城・多久地区（多久市、小城市）
  - 鳥栖・三養基地区（鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町）、北部地区（唐津市、玄海町）
  - 伊万里・有田地区（伊万里市、有田町）、杵藤地区（武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町）
7. 資格：以下の内容を参考に記載ください。

**国家資格等**とは、  
医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士のことを言う。

**社会福祉主事任用資格等**とは、次のいずれかに該当する者

  - 1) 社会福祉主事任用資格を有する者（介護福祉士、精神保健福祉士、研修・講習受講者等）
  - 2) 保育士
  - 3) 児童指導員任用資格者
  - 4) 訪問介護員（ホームヘルパー）2 級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修を修了した者
8. 事業所等の推薦  
所属する事業所からの推薦がある場合に記入ください。
9. その他  
この、受講申込書に基づき作成する研修修了者名簿は、必要に応じて佐賀県内の市町に情報提供する場合があります。

（郵送・問い合わせ先）

〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝 1 丁目 15 番 3 号

公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 相談支援従事者研修事業 担当者 宛

TEL : 0952-20-0012 Email : kensyusaga@saga-csw.or.jp