

(記入例)

宛先:新潟県中央福祉相談センター  
障害者相談支援室 花野 行  
E-mail:ngt046010@pref.niigata.lg.jp

必要事項 (水色部分) を御記入ください。

令和6年度新潟県相談支援従事者主任研修受講申込書

申込日 令和6年 ●月 ●日

下記の者は、障害者等への相談支援業務に関し、十分な知識と経験を有する相談支援専門員であり、新潟県における主任相談支援専門員の役割を担うことが適当と認められるため、標記研修の受講者として申込みます。

法人名	社会福祉法人 ●●	代表者職氏名	新潟 太郎
事業所名称	相談支援事業所 中央ふくふく		
事業所所在地	〒 123-4567		
			●●市●●町●番地
電話番号	1234-56-7890	E-mail	chu-o.fkfk@e-mail.jp
申込担当者	新潟 花子		

○を付けてください。

ふりがな	にいがた はなこ			生年月日	
受講希望者氏名	新潟 花子			昭和●平成●年●月●日	
同一事業所内での優先順位(1名の場合、1名中1番目と記載)				2名中 1番目	
相談支援従事者初任者研修の修了年度				平成18年度	
相談支援従事者現任研修修了年度(全て記入)	年度	平成19年度	平成28年度	令和3年度	
相談支援従事者現任研修修了後相談支援の業務に従事した期間				合計 13年10ヶ月	
事業所名	年月日	～	年月日	従事期間	職名
相談支援事業 中央福祉にいがた	平成19年4月1日	～	平成27年3月31日	8年 0ヶ月	相談支援専門員
相談支援センター 中央ふくふく	令和1年10月1日	～	令和6年11月11日	5年10ヶ月	相談支援専門員
		～		年 ヶ月	
受講要件 (該当する番号に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 現任研修を修了後、相談支援専門員として地域相談支援事業所等又は地域相談支援センターにおいて従事した期間が、業務実施要綱に規定があること。 <input type="checkbox"/> 2. 基幹相談支援センター又は相談支援センターにおける指導的役割を担っていること。申込時点で研修前日までの従事が見込まれる場合、「令和6年11月11日」までの従事期間をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 3. 県における相談支援従事者(相談支援センター長を含む)こと又は講義若しくは演習に講師として携わっていること。 <input type="checkbox"/> 4. その他、相談支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、県が適当と認める者であること。				
確認事項 (※忘れずに○をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 新潟県相談支援従事者研修の企画立案に参画、又は講師若しくは演習指導者として携わることに同意します。				
備考(※)					

※:車椅子使用や手話通訳、要約筆記の希望等、受講に当たって配慮すべき事項について記載してください。