

令和7年度新潟県相談支援従事者初任者研修 推薦書（区分1-a）

黄色い部分は必須項目です。
必ず入力してください。

【推薦者記入欄】

受講希望者について、以下の内容に相違ないことを確認し、受講について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。

設置主体（法人名等）	新潟県●●法人	記入日	令和7年●月●日
代表者職名及び氏名	職名： 管理者 氏名： ●● ●●		

【区分1（これから相談支援専門員に従事する方）】

ふりがな	にいがた	はなこ	生 年 月 日	平成	1年	1月	1日
受講希望者氏名	新潟	花子					
職名	支援員	E-mail		chu-ou.fukufuku@-----.jp			
事業所名	生活介護 中央ふくふく	事業所住所		〒123-4567 新潟県●●市●●			
事業種別	生活介護	事業所電話番号		025-000-0000			
<実務経験年数> 実務経験を満たしているか確認するための参考になりますので、 申込時点における 「参考資料1」の相談支援業務、直接支援業務（介護等業務）の 実務経験年数について 記入をお願いします。				相談支援	3年		
				直接支援	3年		
<基礎資格> 実務経験を満たしているか確認するための参考になりますので、「参考資料1」のb欄1～4またはd欄に該当する資格の有無について記入をお願いします。資格がある方は具体的に資格名を記入してください。				保育士			
<受講理由> 下表から該当する受講理由に必ず一つ○を付けてください。 ※受講理由2番を選択した方は、必ず従事予定日も記入してください。 ※受講理由3番を選択する方は、必ず「理由詳細」欄に理由を記載してください。							
現に、指定相談支援事業所で相談支援に従事している。							
○ 今後、指定相談支援事業所で相談支援に従事する予定である。（従事予定日＝ 令和●年●月●日 ）							
その他（詳細： ）							
<情報提供に関する同意> 実施要領「11 留意事項（3）」のとおり、区分1の修了者については、原則として市町村及び地域振興局健康福祉（環境）部に名簿を提供します。右欄の「同意する・同意しない」のどちらか一つに○を付けてください。				○ 同意する			
				同意しない			
<優先順位> 同所属内で上記の者の他に令和7年度新潟県相談支援従事者初任者研修（区分1）の受講申込をする場合は、すべての者の氏名と優先順位を右欄に書いてください。区分1-bの受講希望者についてもご記入ください。 （例） 新潟 太郎（1位）、新潟 花子（2位）、万代橋 コメ太郎（3位）				新潟 太郎（1位）、 新潟 花子（2位）、 万代橋 コメ太郎（3位）			

貴法人における相談支援専門員に関する状況を下記のとおりご記入ください。

(1)	法人全体でこれまでに初任者研修（区分1）を修了した者の人数	●	名
(2)	(1)のうち、退職者や資格失効した者等（相談支援専門員として従事できない者）の人数	●	名
(3)	(1)のうち、令和7年4月1日現在、相談支援専門員として従事している者の人数	●	名

※配置（予定）の事業所等代表者より推薦を受けてください。

※新規の法人・事業所の場合は、設置予定法人の代表者（予定）から推薦を受けてください。また、法人・事業所の名前は、後ろに（仮）を入れてください。

※修了証書に記載いたしますので、お間違えのないよう氏名や生年月日をご記入ください。

※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。