

市町村所管課長 様

法人・事業所名

代表者氏名

公印

※代表者自署の場合は押印不要

令和6年度 岐阜県相談支援従事者主任研修 受講者推薦依頼書

下記の者を、標記研修の受講希望者として申込むため、ひまわりの丘障害者地域支援・研修センターへ受講者推薦をお願いいたします。なお、申込内容については相違のないことを証明します。

ふりがな			生年月日	
受講希望者氏名			昭和	
			平成	年 月 日
メールアドレス	@			
所属	法人名又は市町村名	事業所名又は担当課名	受講者の職種	
事業所所在地	〒			
	TEL	FAX	問合せ担当者名	
指定障害福祉サービス事業者登録番号 (番号がある方のみ)				
事業種別	・基幹相談支援センター ・市町村の障がい児者相談支援窓口担当 ・障害者相談支援事業 ・指定 (特定 ・ 障害児 ・ 一般) 相談支援事業所 ・その他 ()			
受講要件 ※1 (数字を○で囲む)	1 基幹相談支援センター又はそれに準ずる機能を有する相談支援事業所等において現に相談支援に関する指導的役割を担っている。 2 都道府県における相談支援従事者研修又はサービス管理責任者等研修において研修の企画に携わっている又は講義若しくは演習に講師として携わっている。 3 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、岐阜県が適当と認める者として市町村が推薦する。 注)3に該当する場合は、具体的な理由を下枠内に記入してください			
初任者研修 修了年月日	年 月 日			
現任研修 修了年月日	初回 年 月 日 2回目以降 年 月 日			
初回の現任研修受講後の 実務経験年数	合計 年 月 (令和7年2月24日現在)			
研修企画又は講師従事経験 (該当者のみ)	年度 研修 (企画 ・ 講師 ・ ファシリテーター) <small>(複数の研修に携わっている場合は、一番新しいものについて記載してください。)</small>			
	※該当する項目に○を付してください			

注1)実務経験年数は、令和7年2月24日現在としてください。

注2)記入誤りや書類不備があった場合は受講不可とする場合があります。

(以下市町村記載欄)

ひまわりの丘障害者地域支援・研修センター所長 様

市町村名
部・課名
課長名

1 標記研修の受講者として、上記の受講希望者を (推薦します ・ 推薦しません) ※該当する方に○を付してください

2 ※1 受講要件が「3 その他」の場合、具体的な推薦理由について (確認しています ・ 確認していません) ※該当する方に○を付してください