|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （別紙1） | | | | | | | | | | | | 現任研修用 | |
| 広島県相談支援従事者現任研修受講推薦（申込）書  　　令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県健康福祉局長　様 | | | |  | | | 〒 | | | | | | |
|  | | | | 所在地 | | |  | | | | | | |
| （申込者）※1 | | | | 法　　人　　名 | | |  | | | | | | |
|  | | | | 代表者　職・氏名 | | | 印 | | | | | | |
| （被推薦者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当する項目の□に✓してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ） | |  | | | | 優先順位※3 | | | （　　　　） 人中（　　　　） 位 | | | | |
| 受講希望者  氏　　　名 | ※2 |  | | | | 生年月日 | | | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 障害分野※4 | | | □身体　□知的　□精神　□児童 | | | | |
| 所属事業所※5 | |  | | | | | | | 障害の有無※6 | | | | □有　　□無 |
| 連絡先  （勤務先） | | 〒　　　　- | | | | | | | 電話  FAX | （　　　　　）　　　　-  （　　　　　）　　　　- | | | |
| 事業種別 | | □一般相談支援　□特定相談支援　□障害児相談支援　□重度障害者等包括支援  □行政機関　□療養介護　□生活介護　□就労移行支援　□就労継続支援A型  □就労継続支援B型　□自立訓練（機能訓練・生活訓練） □共同生活援助  □障害児通所支援　□放課後等デイサービス　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 職種 | | □相談支援専門員 □サービス管理責任者 □児童発達支援管理責任者  □サービス提供責任者 □生活支援員 □ヘルパー □世話人 □職業指導員  □就労支援員 □児童指導員 □保育士 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 研修修了履歴※7  ※修了書写しを添付 | | 相談支援従事者（初任者）研修**（必ず記入）** | | | | | | 相談支援従事者（現任）研修 | | | | | |
| 平成　　　　　年度 | | | | | | 平成　　　　　年度 | | | | | |
| 受講対象の  種類 | | □① | 現に相談支援事業所において相談支援業務を行っている者 | | | | | | | | | | |
| 当該  事業所名 | | （ □委託□特定□一般□障害児 ） | | | | | | | | |
| □② | 初任研（現任研）修了後5年度の間に相談支援事業所において相談支援業務に従事したことがある者 | | | | | | | | | | |
| 当該  事業所名 | | （ □委託□特定□一般□障害児 ） | | | | | | | | |
| □③ | その他相談支援業務を行っている者　※別紙２を添付 | | | | | | | | | | |
| 当該  事業所名 | |  | | | | | |  | | |
| □④ | 重度障害者等包括支援事業所のサービス提供責任者の職にある者 | | | | | | | | | | |
| 当該  事業所名 | |  | | | | | | | | |
| □⑤ | 市町及び県厚生環境事務所並びに保健所等の障害者相談業務担当者 | | | | | | | | | | |
| 所属名 | |  | | | | | | | | |

推薦（申込）書記載に当たっての注意事項

|  |  |
| --- | --- |
| ※1 | ・申込者は法人又は事業所の代表者としてください（自治体の場合は首長又は機関の長）。  ・申込者と受講希望者（被推薦者）の関係について，雇用関係の有無は問いませんが（将来雇用を予定している者でも推薦可），直接雇用していない者を推薦する場合は，現雇用者との間にトラブルが生じないよう注意してください。 |
| ※2 | ・受講希望者氏名は修了証書に使用するため，略字等は使用せず，明確な文字で記載してください。 |
| ※3 | ・優先順位は，推薦（申込）書ごとに，受講希望者全員の人数とそれぞれの受講に係る優先順位を，必ず記入してください。  ・1推薦（申込）書に受講希望者が1人の場合は「（1）人中（1）位」と記載してください。  ・優先順位の記載がない場合は，2位以下として調整しますので御注意ください。 |
| ※4 | ・障害分野については，受講希望者の現在の業務において主なものを1つ選択してください。 |
| ※5 | ・所属事業所は，受講希望者が現在従事している事業所を記載してください。複数の事業所に従事している場合は，連絡が取りやすい事業所を記載してください。 |
| ※6 | ・障害の有無について「有」とした場合で，受講に際して合理的な配慮が必要な場合は，「別紙3」を併せて提出してください。 |
| ※7 | ・受講希望者が修了した研修の修了年度を記載してください。  ・修了履歴確認のため，修了証書のコピーを併せて提出してください。  ・現任研修修了証書のコピーを提出する場合は，初任者研修修了証書のコピーは必要ありませんが，**初任者研修修了年度は必ず記載してください。**  ※相談支援従事者初任者研修修了年度が，平成26年度から平成30年度までの場合は，初任者研修修了証書の写し，平成18年度から平成25年度の場合は現任研修修了証書の写しを添付してください。  ・平成25年度以前に初任者研修を修了している人で，平成30年度までに現任研修を修了していない人は，この研修を受講することはできません。 |
| ※この推薦書の内容に，受講に係る優先度を不当に引き上げる等の悪質な虚偽の申告が認められた場合，受講申込の取り消し，今後，申込を受付けない等の対応をさせていただくことがあります。  ※受講者（初めてこの研修を受講する場合）は，相談支援従事者初任者研修修了から概ね５年を経過した者を対象としており，原則として初任者等は対象としておりません。 | |