（別紙１）　　平成29年度山梨県サービス管理責任者及び

児童発達支援管理責任者現任研修受講申込書

　　平成29年　　月　　日

標記研修の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 担当者名 |  |

【受講希望者の基本情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
|  |  | 男・女 | （　昭和　・　平成　）　　年　　　月　　　日 |
| サービス管理責任者等研修の修了年度　平成　　年度修了　 |
| 受講希望分野　①生活介護　　②就労　　③児童　　④地域生活（知的・精神） |
| サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての実務経験 |
| 所属事業所名 | 経験年数 |
| ① | 年　　月～　　年　　月 |
| ② | 年　　月～　　年　　月 |
| ③ | 年　　月～　　年　　月 |
| 特記事項 |  |

※サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを添付して下さい。

※受講者は課題の提出が必須となりますので、課題の提出が出来ない方のお申し込みはお控え下さい。

※お申し込みは、平成29年6月7日（水）午後4時必着でお願いします。