



平成31年（令和元年）度新任者研修 受講申込書 兼 決定通知書

平成31年 月 日

【申込者】 機関名 _____
 所属長名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 FAX 番号 _____

【受講希望者】 以下にご記入をお願いいたします。

	ふりがな 氏名	職種	実務経験 *1	内、精神保健 福祉関係機関 での経験	受講不可時の 体制加算研修 受講希望 *2	障害の 有無 *3	受講決定 通知欄
1			年目	年目	有・無	有・無	可・否
2			年目	年目	有・無	有・無	可・否
3			年目	年目	有・無	有・無	可・否

- (*1)実務経験の年数は、現所属以外の機関での勤務年数も含めた年数を合計して、記入してください。なお、その年数のうち、精神保健福祉関係機関での勤務年数を、次項に記入してください。
- 応募者が定員を超えた場合、経験年数等により調整いたしますのでご了承ください。
- (*2)新任者研修が受講不可となった場合でも、「精神障害者支援体制加算対象研修」のみ受講することを希望する方は、「有」としてください。
- (*3)障害「有」に該当する場合は、別紙申込様式(2)を併せてご提出ください。
- 受講決定通知欄には記入しないでください。決定通知のために使用します。
- できるだけ公共交通機関でお越しくださいますようお願い致します。
- なお、お車でお越しの方は、予定台数をご記入ください。

台

受講申込様式 (1B)

FAX

堺市こころの健康センター宛

072-241-0005

平成31年（令和元年）度 体制加算対象研修受講申込書 兼 決定通知書

★精神障害者支援体制加算対象研修の受講希望の方は、こちらをご使用ください★

平成31年 月 日

【申込者】 機関名 _____
所属長名 _____
所在地 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____

【受講希望者】 以下にご記入をお願いいたします。

	フリガナ 氏名	職種	経験年数 *1 年目	主たる支援 対象障害	障害の有無 *2 有・無	受講決定 通知欄 可・否
1					有・無	可・否
2					有・無	可・否
3					有・無	可・否

- (*1)経験年数は、現所属機関における勤務年数ではなく、福祉相談業務に従事した年数の合計を記入してください。
- (*2)障害「有」に該当する場合は、別紙申込様式(2)を併せてご提出ください。
- できるだけ公共交通機関でお越しくださいますようお願い致します。
- なお、お車でお越しの方は、予定台数をご記入ください。

台

別紙申込様式（2）

障害のある受講者の希望書

研修を快適に受講していただくため、下記に該当する希望者がいらっしゃる場合は、必要事項を記入の上、別紙様式（1）とともにご提出ください。

なお、希望者には詳細について直接確認を取らせていただく場合があること、希望に対して十分対応しきれない場合もあることを予めご了承ください。

機関名 _____

ふりがな				
希望者氏名				
ご本人の状況	障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 ()
	使用補装具や盲導犬など	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 ()
配慮を希望する事項	手話通訳者	要 ・ 不要	要 ・ 不要	要 ・ 不要
	その他			