

## 令和5年度 岐阜県相談支援従事者主任研修受講推薦書

令和5年度 岐阜県相談支援従事者主任研修に、下記の者を受講させたいので推薦します。

年 月 日

法人・事業所名

代表者氏名

公印

岐阜県健康福祉部障害福祉課長 様  
市町村障がい福祉主管課長 様  
障害者地域支援・研修センター所長 様

※代表者自署の場合は押印不要

ふりがな			生年月日	
受講者氏名	印		(西 暦)	
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	受講者の職種	
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)				
事業所所在地	〒			
	TEL	FAX	問合せ担当者名	
	※日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください			
推薦市町村・所管課	( )市・町・村		( )	
	↑ 所管課名			
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 ( )			
該当要件 (数字を○で囲む、 複数可)	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こと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。 ※3に該当することの具体的な理由を必ず書いてください			
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> 上記3の申告について市町村は確認している(※市町村担当者が記入)			
	市町村担当者 (職)		(氏名)	
相談支援従事者 初任者研修 修了年度	平成・令和 _____ 年度修了			
相談支援従事者 現任研修 修了年度	初回:平成 _____ 年度修了 / 2回目:平成・令和 _____ 年度修了		修了証書のコピー を添付したら ○を記入→	
初回の現任研修受講 後の実務経験年数	合計 _____ 年 _____ ヶ月 (令和6年2月25日現在)		実務経験証明書を 添付したら ○を記入→	
※該当者のみ 企画・講師・ファシリテーターに 携わったことがわかるもの	平成 令和 _____ 年度	研修	企画・講師 ・ファシリテーター	該当書類のコピー を添付したら ○を記入→
備考	※事務局にご連絡のある方は赤字でご記入ください			
<記入にあたって> 注1) 実務経験年数は、令和6年2月25日現在としてください。 注2) 太枠内の該当する欄に楷書にてご記入、または該当する数字を○で囲んでください。 注3) 記入誤り(漏れ・誤字等)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。				