

平成26年度愛知県相談支援従事者研修（初任者研修）受講者推薦及び申込書

平成 26 年 月 日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦いたします。

設置主体(法人名) 社会福祉法人コノハズク

代表者職氏名 理事長 ○○××

※法人名欄には、(社福)(NPO)などの区分も記入してください。

ふりがな	あいち はなこ		性別	生年月日																				
受講申込者氏名	愛知 ハナコ		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	大正・昭和・平成 50年 1月 1日 (西暦 1975年)																				
事業所名	児童発達支援センターコノハズク		事業種別	指定障害児通所支援	職種	支援員																		
※職種欄には、施設長、サービス管理責任者、支援員、指導員などの職種を記入してください。																								
事業所所在地	〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2																							
電話	052-954-6292		ファックス	052-954-6920																				
受講要件: 次の受講要件①、②、③のいずれかに該当する方(初任者研修受講済者にあつては、平成21年度までに修了した方に限る) ※ サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)と相談支援専門員は兼務できません。																								
あてはまる受講要件欄に○を付けてください。																								
受講要件①	<ul style="list-style-type: none"> 指定相談支援事業所、指定重度障害者等包括支援事業所及び基幹相談支援センターにおいて現に相談支援の業務に従事する者(該当する事業所等に○を付けてください。) 指定相談支援事業所 指定重度障害者等包括支援事業所 基幹相談支援センター 相談支援従事者として継続的に(最低2年以上)従事できる見込のある者である。 定められた日までに障害児者の個別事例(自らが担当するものに限る。)の準備ができる。 																							
受講要件②	<ul style="list-style-type: none"> 平成27年3月31日までに厚生労働省告示の実務経験を満たす見込である。 平成27年4月1日までに指定相談支援事業所の相談支援従事者になる予定である。 相談支援従事者として継続的に(最低2年以上)従事できる見込のある者である。 定められた日までに障害児者の個別事例(自らが担当するものに限る。)の準備ができる。 <p>次のいずれかに該当する者であること。(該当する箇所に1つ○を付けてください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 指定障害福祉サービス事業所及び地域活動支援センターに勤務する者 (イ) 障害者就業・生活支援センターに勤務する者(※) (ウ) 指定障害児通所支援の事業所に勤務する者 (エ) 指定障害児入所支援の施設に勤務する者 (オ) 保険医療機関に勤務する者であつて主に障害者の相談支援業務に従事している者 (カ) 発達障害支援指導者の認定を受けた者 (キ) 発達障害者支援センターに勤務する者(※) (ク) 障害児等療育支援事業に従事する者(※) (ケ) 高次脳機能障害支援普及事業に従事する者(※) (コ) 介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの介護支援専門員 (サ) 生活保護法に規定する救護施設及び更正施設に勤務する者 (シ) 市町村の障害児者相談支援体制の構築に当たり、市町村が必要と認める者(別途調書が必要) <p>(※)は、国が定める地域生活支援事業実施要綱に基づき実施されるものを言う。</p>																							
受講要件③	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の障害者相談支援窓口職員 定められた日までに障害児者の個別事例(自らが担当するものに限る。)の準備ができる。 																							
障害福祉業務経験年数	10年 月																							
研修受講歴(該当するものに○)	1. 平成 年度障害者ケアマネジメント研修 2. 平成 年度相談支援従事者初任者研修 3. 受講経験なし																							
相談支援従事者になることについて	あなたはどのような相談支援従事者(相談支援専門員)を目指したいと思いますか。相談支援専門員の役割などあなたが思うことについて記載してください。 保護者の思いに寄り添いつつ、子どもの発達成長を促していけるような関わり方のできる相談支援専門員を目指したいと思います。 最終的には、自分の地域の強み・弱みを理解し、不足している社会資源を開拓できるような人材になりたいです。																							
事例区分	いずれかに1つに○を付けてください。(演習の際に提出する個別事例の区分を○で選択してください。) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">障害者</th> <th colspan="3">障害児</th> </tr> <tr> <th>身体</th> <th>知的</th> <th>精神</th> <th>身体</th> <th>知的</th> <th>精神</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>発達障害</td> <td>高次脳</td> <td>難病等</td> <td><input checked="" type="radio"/> 発達障害</td> <td>高次脳</td> <td>難病等</td> </tr> </tbody> </table>						障害者			障害児			身体	知的	精神	身体	知的	精神	発達障害	高次脳	難病等	<input checked="" type="radio"/> 発達障害	高次脳	難病等
障害者			障害児																					
身体	知的	精神	身体	知的	精神																			
発達障害	高次脳	難病等	<input checked="" type="radio"/> 発達障害	高次脳	難病等																			
研修受講にあたって、配慮すべき事項	障害の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※いずれかに○を付けてください。 1. 車椅子用席の用意(一般席への移乗 可・否) 2. 手話通訳 3. その他() ※障害がある場合で配慮すべき事項があれば該当番号に○を付けて連絡事項を記入してください。																							
全体演習希望日程	第1希望 A日程		第2希望 B日程		第3希望 C日程																			
※3回にかけて実施する演習部分について、受講を希望する日程を第3希望まで記入するものとし、「A日程」「B日程」「C日程」と記入すること。(原則、対象地区となっている日程を第1希望とすること。)																								
地区別演習日程	第1希望	演習1	第2希望	演習2	第3希望	演習3	第4希望	演習4																
※4回にかけて実施する演習部分について、受講を希望する日程を第4希望まで記入するものとし、「演習1」「演習2」「演習3」「演習4」と記入すること。(原則、対象地区となっている日程を第1希望とすること。)																								
1法人(1事業所)で複数人申し込み場合の優先順位	1法人(1事業所)で複数人申し込み場合の優先順位 5人中 1番目 (優先順位の理由) 平成27年3月1日付けを目指して指定障害児相談支援事業所を立ち上げる予定であり、受講申込者を相談支援事業所の相談支援専門員として配置する見込であるため。																							
備考	【個別事例とは】⇒次のすべての条件を満たすことが必要です。 ・匿名化 ・複数のサービスを利用する事例であること ・受講者自身が訪問し、アセスメントする事例であること ・受講者自身がケアプランを作成する事例であること ・既に終結している事例ではないこと																							