別紙３

令和４年度愛知県相談支援従事者研修受講者（現任研修）推薦報告書

令和４年４月　日

（あて先）名古屋市健康福祉局障害者支援課認定支払係

　　（法 人 名）

（住　　所）

（担当部署）

（担当者名）

（電話番号）

１　受講申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 現任研修 | 名　※ 推薦及び申込書別添のとおり |

２　法人内の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・運営する指定相談支援事業所の数 | | （特定）　　ヵ所　（一般）　　ヵ所  （障害児）　　ヵ所  計　　　ヵ所（**実事業所数**） |
| ・令和元～3年度までの受講者数 | | （現任研修）　　　名  （初任者研修）　　名  　　　計　　　　　名 |
| ・令和元～3年度までの受講者のうち指定相談支援事業所に勤務している者の数 | | （現任研修）　　　名  （初任者研修）　　名  　　　計　　　　　名 |
| ・研修を受講（令和元～3年度まで）して相談支援事業所を開設していない場合、その理由を記入してください。 | | （理由） |
| ・今後、力を入れていきたい相談分野  （該当分野に○をつけてください。） | | 身体、知的、精神、難病、障害児、地域移行・定着支援、その他（　　　　） |
| ・今後の指定相談支援事業所の新規開設予定の有無及び開設予定年月 | | （新規開設予定）　有　・　無  （開設予定年月）Ｈ　　年　　月 |
|  | ・新規開設予定の場合、力を入れたい相談分野  （該当分野に○をつけてください。） | 身体、知的、精神、難病、障害児、地域移行・定着支援、その他（　　　　　） |