送付先：島根県障がい福祉課　相談支援係　奥原　　【申込〆切：令和６年９月４日(水)必着】

**令和６年度 主任相談支援専門員フォローアップ研修 受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 生年月日 | | | 職名 |
| 氏　名 | |  | | 昭和・平成  　　　　年　　　　月　　　　日 | | |  |
| 現勤務先　(送付先) | 法人名 |  | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 所在地等 | 〒 | | | | | |
| TEL |  | | FAX |  | |
| E-MAIL |  | | | | |
| 開催要領「５」の区分  と主任研受講年度 | | 区分 |  | | 主任研  受講年度 | 年度 | |
| 配慮すべき事項 (該当があれば○) | | １．車椅子席の用意　　　　　２．同行介助者席の用意(本人と隣の席である必要　有・無)  ３．手話通訳　　　　　　　　　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

【注意事項】

※申込書類に不備がある場合、受講決定の対象としない場合がありますので、記載漏れがないようご注意ください。

※この申込書に記入された個人情報は、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。