**（本ラベルを封筒の裏に添付し簡易書留にてご送付ください）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **希望受講月** |  | **月希望** | **相談支援従事者初任者研修****受講コースを右欄に☑** | **□全課程****（7日間）** | **□講義部分のみ** |
| **氏 名** |  | **性 別** | **□男** | **□女** |
| **法人名** |  | **所属事業所名** |  |
| **所属事業所****所在地** | 〒 | **電話番号** |
|  |
| **修了証希望研修を以下に☑してください** |
| **号** | 修　了　内　容 | **項　　目** |
| **1** | **‣相談支援従事者初任者研修（全課程7日間）** | **□** |
| **2** | **‣相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ）** | **□** |
| **号** | **受　講　要　件** | **項　　目** |
| **1** | **‣受講申込書（推薦書）** | □ |
| **1-1** | **‣実務経験記載表（2枚）** | □ |
| **1-2****1-3****1-4** | **‣資格証の写し（該当者のみ）****‣戸籍抄本（旧制と新姓の両方が確認できるもの）****※申込者と資格証明書等に記載の氏名が異なる場合はご提出ください。****‣返信用封筒（青色レターパック）****※返信先に宛名、住所を記載してください（宛名は受講者氏名としてください）** | □□□ |
| **留意事項** | **‣相談支援従事者初任者研修（全課程7日間）受講者は実習先の確保が必須となります。****‣予め基幹相談支援センターまたは所属する法人の指定相談支援事業所に実習の依頼および許可をいただいてください。** | **基幹相談支援センター****依頼済み** | **所属法人の相談支援事業所依頼済み** |
| □ | □ |
| **教育機関****審査確認欄****（受講生記載不要）** | **書類不備** | **推薦書不備** | **実務経験証明不備** | **資格証写し不備** | **受講可能** |
| □ | □ | □ | □ |  |
| **相談支援従事者初任者研修** **東北福祉カレッジ申請様式ラベル** |
| 留意事項：受講者一人ごとに本申請ラベルを作成し簡易書留にて郵送ください。 |