**（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** |  |
| **氏 名** |  | **性 別** | **□男** | **□女** |
| **法人名** |  | **所属事業所名** |  |
| **所属事業所****所在地** | 〒 | **事業所電話番号** |
|  |
| **受講希望研修を以下に☑してください** |
| **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2日間）** | **□** |
| **提出書類** |
| 申込書（当校指指定様式①②） | 相談支援従事者初任者研修　受講申込書（様式①） | **□** |
| 相談支援従事者初任者研修　実務経験記載票(様式②) | **□** |
| 押印忘れが非常に多くなっております。ご郵送前に必ず記載漏れ、押印忘れがないかご確認ください |
| （修了証を原本発行希望の方のみ）レターパック  | **□** |
| レターパックへの記載方法は、当校HPの研修概要ページをご確認ください |
| **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。**‣あらかじめ基幹相談支援センターまたは事業所近隣地域にある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（実習先が見つからない場合、規定日内に実習が受けられない場合は受講不可となります） | 実習先について依頼・許可の状況 |
| 依頼・許可済 | 依頼・許可未 |
| **□** | **□** |
| **教育機関****審査確認欄****（受講生記載不要）** | **書類不備** | **推薦欄不備** | **実務経験証明不備** | **その他** | **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** |