**（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** | 〒 | **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** | **‣相談支援従事者主任研修（全課程４日間）** | **□** |
| **号** | **受　講　要　件** | **項　　目** |
| **1** | **‣受講申込書（推薦書）申請様式1** | □ |
| **1-1** | **‣実務経験記載票　申請様式２** | □ |
| **1-2****1-3****1-4****1-5****1-6** | **‣実務経験証明書　申請様式３****‣自治体推薦書　申請様式３－１****※実務経験記載票に記載したすべての事業所から証明書を受けて1カ所につき1部ずつ添付してください****‣資格証の写し****※「第2号」または第5号の実務経験がある者場合のみ****‣研修修了証の写し****※これまで受講した初任者研修および現任研修のすべての修了証書の写し****‣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）** | □□□□□ |
| **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** |
| □ | □ | □ | □ |  |
| **アイコン  自動的に生成された説明　相談支援従事者主任研修** **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。 |