

令和5年度鹿児島国際大学 福祉研修 受講申込書

受講希望研修に○→

①③ サービス管理責任者基礎研修

②④ 児童発達支援管理責任者基礎研修

記入例

希望する研修いずれかに○

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日

住所
(書類郵送先)

住所・電話番号の情報は
申込フォームに仮登録いただいた内容と
揃えてください。

電話番号

E-mail

受講に必要な経験年数・業務歴について記入してください。
記入内容が確認できる実務経験証明書を添付してください。

実務経験歴

期 間	事業所名 事業所の種類 <small>(※実務要件から該当するものを記入してください。)</small>	業務の範囲 (いずれかに○)
昭(平)・令 昭(平)・令 26年 4月～ 2年 3月 6年 月間	〇〇事業所◆◆ (老人居宅介護等事業)	相談支援 ・ 直接支援
昭(平)・令 昭(平)・令 2年 4月～ 5年 9月 3年 6月間	〇〇保育園 (保育所)	相談支援 ・ 直接支援
昭(平)・令 昭(平)・令 年 月～ 年 月～ 年 月～ 年 月～))))	相談支援 ・ 直接支援))))
合計	9年6月間	

実務経験歴のある事業所名、
その事業所の種類または実施事業について
受講要件からあてはまるものを選択し、
記入してください。
※認可外の施設は対象外となります。

(相談・直接)支援の定義は
受講要件の記載内容を
ご確認ください。

所有している
資格

実務経験要件に関わる資格について記入してください。
記入内容が確認できる資格証等の写しを添付してください。

所有資格名	取得年月	国家資格	取得年月	国家資格	取得年月
社会福祉主事 (任用資格)	年 月	社会福祉士	年 月	医師	年 月
介護職員実務者研修 (ヘルパー1級)	年 月	精神保健福祉士		看護師	年 月
介護職員初任者研修 (ヘルパー2級)	年 月			薬剤師	年 月
保育士	H25年 3月	理学療法士	年 月		年 月
児童指導員	年 月	作業療法士	年 月		年 月
(精)社会復帰指導員	年 月	言語聴覚士	年 月		年 月
備 考	過去5年以内(H30年度以降)に相談支援従事者初任者研修を修了している場合は、 免除対象となりますので、受講証明書の写しを添付してください。				

所有資格がある場合は
資格証の写しを添付してください。

研修等の
受講状況

相談支援従事者初任者
受講証明書等の写しを添付してください。

相談支援従事者初任者 1 前期研修(R2 年度) 2 後期研修(年度)

備 考