

【7日課程】 令和5年度大阪府相談支援従事者初任者研修 受講申込フォーム (実施法人:大阪府障害者福祉事業団)

＜申込の前に必ずお読みください＞

- ※本研修は、相談支援専門員として従事しようとする方のための研修です。
- ※必ず本人が入力のうえ、配置予定の法人・事業所の代表者から推薦を受けてください。
- ※推薦が得られない場合は、最下部にある理由欄の該当部分にチェックをしてください。
- ※各項目について入力漏れのないよう正確に入力してください。入力漏れやフォーム不備があった場合は申込受付いたしません。
- ※虚偽の内容により申込をされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。
- ※募集要項の内容をご確認の上、お申し込みください。

【申込・入力についてのご注意】

- ・英数文字は必ず半角にて入力ください。
- ・各入力項目は正確に入力してください。入力内容に誤りがありますとお申込が正しく完了できない場合がございます。
- ・送信完了後に、ご入力されたメールアドレスに内容確認の自動返信メールが届きます。

1. 受講申込者について

必須 申込者氏名

※常用漢字以外を使用されている方は

常用漢字以外を使用

必須 申込者氏名（ふりがな）

必須 生年月日

必須 自宅住所

※受講の可否通知とテキストを自宅住所に郵送しますので、番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力してください。

郵便番号

※数字は半角、ハイフンありで入力

【選択して下▼】

必須 申込者電話番号

・修了証書に明記しますので、氏名の漢字を正確にご入力ください

・常用漢字以外を使用されている方は、『常用漢字以外を使用』にチェックをし、添付ファイルの『推薦書』の申込者氏名に正確に記入してください

直接年月日の場所に数字を記入するか、枠内右にあるカレンダーマークをクリックすると年月日を選択することができます

※数字は半角、ハイフンありで入力

メールアドレス

・半角・大文字等正確にご入力ください
・手入力推奨

メールアドレス（確認のためもう一度）

研修受講における配慮事項

必要 不要

配慮について【必要】な方は、該当する項目にチェックしてください。

車いす（電動・手動） 手話通訳 要約筆記 点字資料 拡大文字

その他

同行介助者

有 無

2.現在従事している事業所について

現在従事している事業所及び実施事業種別

※法人・会社名など必ず正式名称をご入力ください。

従事している 従事していない

法人・企業等名(正式名称)

事業所等名

事業所等所在地

※数字は半角、ハイフンありで入力

【選択して下▼】

事業所等電話番号

番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力してください

※数字は半角、ハイフンありで入力

問合せ担当者名

問合せ担当者名ふりがな

担当者連絡先

- 事業所電話番号と同じ
- 上記電話番号と異なる場合

 ※数字は半角、ハイフンありで入力

事業種別 ※該当するすべてにチェックしてください。

- 療養介護
- 生活介護
- 就労支援
- 障がい児支援
- 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- 共同生活援助
- 自立生活援助
- 市町村・府機関
- 相談支援
- 居宅・訪問介護・同行支援
- 高齢福祉関係
- その他

3.相談支援専門員としての 申込者の実務経験年数等について記入してください

必須 相談支援専門員の要件となる実務経験年数（令和5年6月19日時点の見込み）

※管理者は実務経験年数に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務を記入してください。

※ご自身の業務が、相談支援業務及び直接支援業務に該当するかについては、指定権者に確認してください。

※相談支援業務・直接支援業務は実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上あるものを要件とします。

※①または②に経験がない場合、0年0ヶ月を選択してください。

必須 ①相談支援業務

実務経験証明書、経歴書等の提出は不要です

【（年）選択して▼】

【（ヶ月）選択して▼】

必須 ②直接支援業務

【（年）選択して▼】

【（ヶ月）選択して▼】

【自動計算】ここをクリック

①相談支援業務と②直接支援業務を合計した年数

必須 計 (①+②)

通算

【 (年) 選択して▼】

【 (ヶ月) 選択して▼】

必須 資格

- 資格なし
- 社会福祉主事任用資格
- 児童指導員任用資格
- 精神障がい者社会復帰指導員
- 保育士
- 幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の教諭となる資格（養護教諭を除く）
- 訪問介護員 2 級以上に相当する研修修了者

— 以下、国家資格 —

- 介護福祉士
- 社会福祉士
- 精神保健福祉士
- 理学療法士
- 柔道整復師
- 看護師
- その他国家資格

国家資格による業務

※介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・理学療法士・柔道整復師・看護師・その他国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

【 (年) 選択して▼】

【 (ヶ月) 選択して▼】

4.相談支援専門員としての 申込者の従事する予定の事業所について

必須 従事する事業所が決まっている 従事する事業所が決まっていない

必須 配置予定事業所・施設名

※決まっていない場合は未定と入力

必須 事業所所在市区町村

※以下の市区町村が申込者のインターバル受入先となります

都道府県

【 選択して下 ▾

市区町村

【 選択して下 ▾

区

大阪市・堺市の場合は区まで入力してください

必須 事業種別

※該当するものにチェックしてください。

- 一般相談支援
- 特定相談支援
- 障がい児相談支援
- 重度障がい児等包括支援
- 基幹相談支援センター
- 市町村
- その他

5.事業開始および申込者の配置について

必須 ※以下の A か B のいずれかにチェックして内容を入力してください。

A.既存事業所に配置予定

事業所指定番号

指定年月日

・直接年月日の場所に数字を記入するか、枠内右にあるカレンダーマークをクリックすると年月日を選択することができます

申込者の配置(予定)年度

令和 5 年度
(令和 【 選択(年 ▾) 年 【 選択(月 ▾) 月)

- 令和 6 年度
- 令和 7 年度
- 配置時期は未定

配置事由

- 交代
- 増員 1 人目
- 増員 2 人目
- 増員 3 人目以降

現時点の相談支援専門員の人数

人

現時点の契約利用者数

人

配置予定の事務所について、入力してください

B.新規事業所に配置予定

※推薦がない、従事する予定が決まっていない場合も、Bにチェック

配置事由

- 1人目
 2人目
 3人目以降

事業開始(予定)日

- 令和 年 【選択(月)▼】月
 令和 年度に開始予定
 開始時期は未定

申込者配置(予定)年月

- 令和5年度
(令和 【選択(年)▼】年 【選択(月)▼】月)
 令和6年度
 令和7年度
 配置時期は未定

6. 推薦について

必須 『同一配置事業所』へ複数名申込みする場合の優先順位

※配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください

※下記に複数申込者の氏名を記入

複数名申し込みなし 複数名申し込みあり

優先順位について 人中 位

1位

2位

3位

4位

同じ事業所に複数名配置する場合は優先順位をつける必要があります

優先順に氏名を入力してください

必須 推薦書の画像添付についてチェックをしてください。

推薦がある（推薦欄と自署欄に記入）

・推薦書が得られない方も推薦書は必ず添付してください

推薦が得られない（自署欄のみに記入）

必須 推薦書を添付してください。

※ファイルの形式は jpg, jpeg, png, gif, pdf のみとなります。

※ファイルのサイズは、3MB を超えないようにしてください。

※ファイル名は、申込者氏名にしてください。

ファイル選択

・ファイルの形式は jpg, jpeg, png, gif, pdf のみとなります。

・ファイルのサイズは、3MB を超えないようにしてください。

・ファイル名は、申込者氏名にしてください。

推薦が得られない場合は必ず下記にチェック

相談支援専門員として、従事する事業所が未定のため

法人設立予定のため推薦が得られない

その他の理由

必須 確認（すべてにチェック）

本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込フォームに虚偽なく入力いたしました。

推薦者からの推薦取り下げがあった場合は、それに従います。

当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。

市町村における相談支援の体制整備の推進及びインターバル受入のため、本申込フォームの入力内容と受講後の修了状況について、市町村に対し情報を提供すること、また市町村からインターバル受入及び相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを了承します。

インターバル課題実習を行うための実事例が提出できること、かつインターバル課題実習の資料を提出できることを確認しました。

本研修の申込にあたり、研修事業者が得た個人情報は公的機関へ提出する場合を除き本研修以外では使用しないことについて了承します。また本申込フォームにて入力頂いた個人情報については返却はされないことを了承します。

確認画面へ

（まだ申込みは完了していません）