

申込書送付先：〒299-3211 千葉県大網白里市細草3215 (福)ワナーホーム内  
 (特非)千葉県精神障害者自立支援事業協会 野老宛て  
 ～ 切手を貼って返信先を記入した返信用封筒を同封してください ～

締め切り：1月31日(水)必着

令和5年度千葉県相談支援従事者専門コース別研修  
 (精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修) 申込書

事業所情報 (必ず全ての項目を記入してください) ※ 大きくはっきりとご記入ください

① 法人名	
② 事業所名	
③ 相談支援事業種別 (該当するものを全てを○で囲んで下さい)	指定特定 ・ 指定一般 ・ 指定障害児
④ 事業所番号	
⑤ 事業所住所	
⑥ 事業所 TEL	
⑦ 事業所 FAX	
⑧ メールアドレス	
⑨ 担当者名	

事業所ごとに申込書を別葉としてください。

※ 本研修終了後、修了者の所属する事業所を「精神障害者への対応可能な相談支援事業所」として、上記事業所情報の①、②、⑥を千葉県ホームページに公表いたします。

上記相談支援事業所における令和4年度中の精神障害者利用者数 (契約者の実人数)	名
--	---

※令和5年4月以降の開設の場合：開設年月を記入して下さい ( R 年 月 )

受講希望者情報 (上記事業所に所属している相談支援専門員のうち受講を希望する者について記入してください。)

事業所内 優先順位	ふりがな	生年月日	相談支援専門員と しての従事年数	受講に際し必要な配慮
	氏名			
1		S・H		なし・あり ( )
2		S・H		なし・あり ( )
3		S・H		なし・あり ( )