

(学校・障害児通所支援事業所・障害児相談支援事業所・保健センター等用)

令和元年度

あい・さかい・サポーター養成研修

申込書

フリガナ		年齢	性別		
お名前		歳	男・女		
施設種別 (兼務の場合は すべてに○)	1. 障害児通所支援施設・事業所 2. 障害福祉サービス事業所 3. 計画相談・障害児相談支援事業所 4. 障害者基幹相談支援センター 5. 保健センター 6. 学校 7. 児童養護施設・母子生活支援施設 8. その他()				
法人名 (民間のみ)					
学校・施設・ 事業所名称					
学校・施設・事業所 所在地	(〒 -)				
学校・施設・事業所 電話番号	()				
現職種 (兼務の場合は すべてに○)	1. 児童発達支援管理責任者 2. 児童指導員 3. 保育士 4. 相談支援専門員 5. 相談員 6. 保健師 7. 教員 8. その他()				
勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤	現職の 経験年数 (月数切り上げ)	合計 年	障害児の支援 に関する 経験年数 (月数切り上げ)	合計 年
上記の職員を、あい・さかいサポーター養成研修受講者として推薦します。					
学校長・施設長・所属長 _____ 印					

申し込み締め切り期日：令和元年 5 月 10 日(金)まで

申し込み先：堺市役所 子ども青少年局 子ども青少年育成部

子ども家庭課 FAX:072-228-8341