

R7三重県専門コース別研修(障害児支援) 申込フォーム

※申込期限：令和7年12月25日(木)17時まで

※申込者1名につき必ず1回入力してください。

※本フォームに記載した内容の控えは、送信ボタンを押した後、入力したメールアドレスに自動送信されます。メールアドレスに誤りがないか、入力後よく確かめください。

※メールアドレスは、受講決定に関する情報を受け取れるものを入力してください。

※研修の対象者など、本研修の詳細については <https://www.miwel-1.com/training/> をご覧ください。

※お問合せTEL：059-213-0533

※必須の質問です

1. メールアドレス*

2. このフォームは『令和7年度三重県専門コース別研修(障害児支援)』の受講申込フォームです。

1 っだけマークしてください。

☐ 『令和7年度三重県専門コース別研修(障害児支援)』の受講を希望します。

3. 「障害児支援担当者会議」への参加経験について回答してください。*

1 っだけマークしてください。

☐ 参加したことがある

☐ 参加したことがない

受講希望者の情報

4. 氏名(漢字)*

姓と名の間には全角スペースを入力してください。(例) 三重 花子

5. 氏名(ふりがな)*

姓と名の間には全角スペースを入力してください。(例) みえ はなこ

6. 本人連絡先(半角、-(半角ハイフン)あり)*

携帯電話など、本人の連絡先を入力してください。半角、-(半角ハイフン)ありで入力してください。(例) 090-1111-2222

7. 生年月日*

お申込者本人の生年月日を「西暦」で選択してください。
修了証書の発行に関わる情報ですので、正確に入力をお願いします。

例) 2019 年 1 月 7 日

8. 自宅の郵便番号(半角、ハイフンなし)*

自宅の郵便番号を半角数字、ハイフンなしで入力してください。(例) 5148552

9. 自宅の住所(番地、ハイフンも含めすべて全角)*

自宅の住所を県名からすべて全角で入力してください。ハイフンなどの記号、英数字もすべて全角で入力してください。(例) 三重県津桜橋1000-1 ABCアパート101号室

現在の勤務状況について

10. 現在、事業所にお勤めですか？ *

1 つだけマークしてください。

☐ 現在、事業所に勤めている☐ 現在、事業所に勤めていない 質問 19 にスキップします

お勤め先の情報

11. 法人・事業所等の長(所属長)の承認を得て、研修をお申込みください。 *

1 つだけマークしてください。

☐ 所属長の承認に基づき研修を申し込みます。

12. お勤め先の法人名 *

13. お勤め先の事業所名または所属名 *

14. お勤め先の郵便番号(半角、ハイフンなし) *

お勤め先の郵便番号を半角数字、ハイフンなしで入力してください。(例) 5148552

15. お勤め先の事業所住所 *

お勤め先の住所を県名からすべて全角で入力してください。(ハイフンなどの記号、英数字もすべて全角で入力してください。)(例) 三重県津市桜橋 2-131 三重県社会福祉会館 2 階

16. お勤め先の電話番号 (半角、- (半角ハイフン) あり) *

お勤め先の電話番号を、半角、- (半角ハイフン) ありで入力してください。(例) 012-333-4444

17. お勤め先の事業種別 *

1 つだけマークしてください。

☐ 相談支援事業所☐ 相談支援センター☐ 放課後等デイサービス☐ 児童発達支援☐ その他: _____

18. 同一事業所内における受講優先順位 *

同一事業所内で、申込者が複数名いる場合、優先順位をお答えください。

(例) 同一事業所内で2名申込のうち、三重花子は優先順位が2番目の場合、『申込者2人中、優先順位2番目』を選択。

1 つだけマークしてください。

☐ 事業所内での申込者は1人のみである。☐ 申込者2人中、優先順位1番目☐ 申込者2人中、優先順位2番目☐ 申込者3人中、優先順位1番目☐ 申込者3人中、優先順位2番目☐ 申込者3人中、優先順位3番目☐ その他: _____

実務経験等について

19. お持ちの修了証書について回答してください。*
- お持ちの修了証書について全て回答してください。いずれも修了年度は問いません。
- 当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 「相談支援従事者研修（初任者・現任・主任）」の修了証書を持っている。
- ☐ 「サービス管理責任者」の修了証書を持っている。
- ☐ 「児童発達支援管理責任者」の修了証書を持っている。
- ☐ 平成30年度以前のサービス管理責任者研修（分野を問わない）の修了証書を持っている。

20. 受講者の職種*
- （例）相談支援専門員、児童発達支援管理責任者、生活支援員、管理者 など。

21. 「児童発達支援管理責任者」としての実務経験*
- 「児童発達支援管理責任者」としての経験年数(通算)を記載してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 1年未満
- ☐ 1年以上～3年未満
- ☐ 3年以上～5年未満
- ☐ 5年以上～10年未満
- ☐ 10年以上～
- ☐ 「児童発達支援管理責任者」としての実務経験はない。

22. 「相談支援専門員」としての実務経験*
- 「相談支援専門員」としての経験年数(通算)を記載してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 1年未満
- ☐ 1年以上～3年未満
- ☐ 3年以上～5年未満
- ☐ 5年以上～10年未満
- ☐ 10年以上～
- ☐ 「相談支援専門員」としての実務経験はない。

23. 「サービス管理責任者」としての実務経験*
- 「サービス管理責任者」としての経験年数(通算)を記載してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 1年未満
- ☐ 1年以上～3年未満
- ☐ 3年以上～5年未満
- ☐ 5年以上～10年未満
- ☐ 10年以上～
- ☐ 「サービス管理責任者」としての実務経験はない。

その他、お申し込みに関する質問

申込内容に関して、事務局から連絡する場合があります。

24. 事務担当者（申込内容を把握している方）*
- 申込内容に関して事務局から連絡する際の事務担当者をお答えください。
- 本人の場合はご本人氏名をご記入ください。

25. 申込内容に関する連絡先 *

申込内容に関して事務局から連絡する場合の連絡先（電話番号）をお答えください。
（半角、-（半角ハイフン）あり）

26.

その他、特記事項や配慮が必要なことがあればご記入ください。
（例）杖を利用しているため、出入り口から近い座席を希望します。

27. 受講時の来場手段（予定）についてお伺いします。会場は三重県四日市庁舎 *
です。

会場の駐車スペースが限られており、公共交通機関の御利用に御協力をお願いします。
なお、この回答は、受講決定（可否）には影響しません。

1つだけマークしてください。

- ☐ 自動車（公用車・私用車）
- ☐ 公共交通機関（バス・電車）

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

