

令和 4 年度 愛媛県障がい者相談支援従事者研修（初任者研修） 受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	年
受講者氏名				月 日
職名			性別	男・女 未回答
受講対象 ※募集要項5項 参照	① 相談支援事業に従事する者 ② 実務経験を有する者 ③ 市町等において相談業務等に従事する者		経験年数	3年以上 5年以上 10年以上
eラーニング受講用 e-mail				
連絡	事業所名 ※行政職員の場合は、 市町名及び所属	法人名 (市町名)		
		事業所名 (所属)		
先 情 報	事業所連絡先 ※所属が無い場合につ いては自宅の連絡先	〒		
		TEL	FAX	
	サービス種別	主たる 対象	身体・知的 精神・児童 その他 ()	
	事業所 e-mail			
受講の必要性 ※該当する場合は☑	<input type="checkbox"/>	令和 年度中に 当該研修を受講し なければならない 事情がある。	同一法人内の 優先順位	番目 / 人中
必要な配慮事項	有 ・ 無 受講上の配慮事項 (例：車椅子・電動車椅子の使用、介助者同行など)			
資格取得後に主に活動を 予定している市町名			※研修内のインターバルで行う実習は、 左記の市町単位で行って頂く予定です。	

<<実務経験証明 兼 受講推薦書>>

上記の者が相談支援専門員に必要な実務経験を有していることを証明し、受講を推薦します。

令和 年 月 日

事業所名

代表者職氏名



※事業所の連絡先情報で受講者と連絡が取れなかった場合に生じたいかなる損害にも対応いたしません。

※必要な配慮事項については、対応可能な範囲でのご対応になります。会場の構造上、対応できかねる場合がございますので、予めご了承下さい。

（個人情報）

「個人情報」とは、個人情報保護法にいう「個人情報」を指すものとし、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日、住所、電話番号、連絡先その他の記述等により特定の個人を識別できる情報及び容貌、指紋、声紋にかかるデータ、及び健康保険証の保険者番号などの当該情報単体から特定の個人を識別できる情報（個人識別情報）と規定する。

（個人情報の取扱について）

法人が必要に応じて入手した個人情報は、運営管理目的と修了者名簿、修了証書の記載にのみ使用する。また、次に掲げる場合を除いて、あらかじめ受講者の同意を得ることなく、第三者に個人情報を提供しない。ただし、個人情報保護法その他の法令で認められる場合を除く。

- ① 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ② 公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ③ 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

前項の定めにかかわらず、合併その他の事由による事業の承継に伴って個人情報が提供される場合の、当該情報の提供先は第三者に該当しないものとする。