|  |
| --- |
| 東京都精神障害計画相談支援従事者等養成研修事業　令和２年度研修会申　込　書送信先メールアドレス：**yousei@tokyo-psw.com**件名は「【事業所名】養成研修申し込み」とご記入ください |
| 【お願い】定員の都合上、１事業所につき1名様の申込でお願いします。太枠内の項目すべてに御記入ください。 |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地・連絡先 | 〒 |
| 電話番号 |
| 受講者氏名 | ふりがな |
| メールアドレス | ＠ |
| 相談支援専門員の資格取得年度（初任者研修修了年度）年度 |
| 「計画相談支援精神障害者支援体制加算」の算定要件となる研修を過去に受講した相談支援専門員が、既に貴事業所に配置されていますか？　　未配置　・　配置済（　　　人） |
| 参加希望日程について、いずれかひとつに☑︎してください。* Ａ日程（９月２３日・水）
* Ｂ日程（１月１３日・水）
* いずれの日程でも可
 |
| 障害等の理由により受講に際して配慮が必要な場合は下欄に記載してください。後日、事務局より御連絡いたします。 |
|  |

※本研修の申込に伴って得られた情報は、本研修の実施に係る名簿の作成及び事務連絡以外の用途では使用しません。この目的を超えて使用する場合は、必ず御本人の承諾を得るものとします。

事務局使用欄　　　受付日　　　　　　　　　受講番号