

## 令和 4 年度 愛媛県障がい者相談支援従事者研修（現任研修） 受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	年 月 日	
受講者氏名			性別	男・女 未回答	
職名					
相談支援従事者研修 修了年度	1. 初任者研修 2. 現任研修		年度修了（初任者研修が基準） 年度修了（最後の受講年度を記入）		
相談業務経験 有 無	相談業務経験年数		年		
該当項目に☑ (重複不可)	<input type="checkbox"/> 現従事者であり受講できなければ、相談支援専門員の有効期間を欠く <input type="checkbox"/> 現従事者ではないが受講できなければ、相談支援専門員の有効期間を欠く ↑※ただし、1年以内に相談支援専門員として従事する予定である者の場合 <input type="checkbox"/> 受講できなくても有効期間を欠かないが、現従事者である <input type="checkbox"/> それ以外				
eラーニング、Zoom 通知用 e-mail					
同一法人内の優先順位 <small>(同一法人で複数名を申し込む場合は必ず記入)</small>	定員の関係上、調整を行う場合 の参考にいたします。		位 / 人中		
連絡先情報	事業所名 <small>※行政職員の場合は、 市町名及び所属</small>	法人名 (市町名)			
		事業所名 (所属)			
	事業所連絡先 <small>※所属が無い場合につ いては自宅の連絡先</small>	〒			
		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				
必要な配慮事項	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 受講上の配慮事項 (例：車椅子 (自走の可否)・電動車椅子の使用、介助者同行など)				

&lt;&lt;実務経験証明 兼 受講推薦書&gt;&gt;

上記の者が相談支援専門員の更新に必要な条件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  
(法人名)管理者職氏名  
(代表者職氏名)必ず公印を押印のこと  
印漏れ個人印は受け付けません

※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、運営管理目的及び実習で必要となる関係機関（地方公共団体等）への提供と修了者名簿、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。