

申込書送付先：〒299-3211 千葉県大網白里市細草3215 (福)ワーナーホーム内
 (特非)千葉県精神障害者自立支援事業協会 野老宛て
 ~ 切手を貼って返信先を記入した返信用封筒を同封してください ~

締め切り：令和8年1月30日（金）必着

令和7年度千葉県相談支援従事者専門コース別研修
 (精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修) 申込書

事業所情報（必ず全ての項目を記入してください）

※ 大きくはっきりとご記入ください

① 法人名			
② 事業所名			
③ 相談支援事業種別 (該当するもの全てを○で囲んで下さい)	指定特定・指定一般	指定障害児	障害者相談支援（委託） 基幹相談支援センター
④ 事業所番号			
⑤ 事業所住所			
⑥ 事業所TEL			
⑦ 事業所FAX			
⑧ 精神障害者支援体制加算の 取得状況（申し込み時）	取得済	・	未取得（委託・基幹含む）
⑨ メールアドレス			
⑩ 担当者名			

※ 本研修終了後、修了者の所属する事業所を「精神障害者への対応可能な相談支援事業所」として、上記事業所情報の①～⑦を千葉県ホームページに公表いたします。

相談支援事業所等における令和8年1月1日現在の精神障害者利用 者数（契約者数（委託・基幹については利用者数））	名
--	---

受講希望者情報（上記事業所に所属している相談支援専門員等のうち受講を希望する者について記入して下さい。）

事業所内 優先順位	ふりがな	生年月日	相談支援専門員と しての従事年数	受講に際し必要な配慮
	氏名			
1		S・H	年	なし・あり（ ）
2		S・H	年	なし・あり（ ）
3		S・H	年	なし・あり（ ）

事業所ごとに申込書を別葉としてください。