令和８年度新潟県相談支援従事者初任者研修　推薦書（区分１-a）

黄色い部分は必須項目です。
必ず入力してください。

【推薦者記入欄】

受講希望者について、以下の内容に相違ないことを確認し、受講[redacted]ついて受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。

		記入日	令和８年●月●日
設置主体（法人名等）	新潟県●●法人		
代表者職名及び氏名	職名　管理者	氏名：	●●　●●

【区分１（(a)これから相談支援専門員に従事する方）】

ふりがな	にいがた	はなこ	生年月日	平成　1年　1月　1日
受講希望者氏名	新潟	花子		
主な職名	支援員	電話番号	012-345-6789	
事業所名	生活介護　中央ふくふく	事業所住所	〒１２３－４５６７ 新潟県●●市●●番地●●	
主な事業種別	生活介護	➡その他の場合、具体的にご記入ください。		

＜実務経験年数＞ 受講決定の参考にしますので、**申込時点における**「参考資料１」の相談支援及び直接支援の業務（介護等業務）の**通算実務経験年数について**記入をお願いします。	相談支援	3年
	直接支援	3年
＜基礎資格＞ 受講決定の参考にしますので、「参考資料１」のｂ欄１～４またはｄ欄に該当する資格がある方は、資格名を記入してください。複数ある方は全て記入してください。	保育士	

＜受講理由＞
下表から該当する受講理由に必ず一つ○を付けてください。
※受講理由２番を選択した方は、必ず従事予定日（見込み）も記入してください。
※受講理由３番を選択する方は、必ず「理由詳細」欄に理由を記載してください。

	1.現に、指定相談支援事業所で相談支援に従事している。
○	2.今後、指定相談支援事業所で相談支援に従事する予定である。（従事予定日＝　令和●年●月●日　）
	3.その他（詳細：　　）

＜情報提供に関する同意＞ 実施要領「11　留意事項（８）」のとおり、区分１の修了者については、原則として市町村及び地域振興局健康福祉（環境）部に名簿を提供します。右欄の「同意する・同意しない」のどちらか一つに○を付けてください。	○	同意する
		同意しない
＜優先順位＞ 同所属内で上記の者の他に令和８年度新潟県相談支援従事者初任者研修（区分１）の受講申込をする場合は、すべての者の氏名と優先順位を右欄に書いてください。区分１-bの受講希望者についてもご記入ください。 （例）　新潟　太郎（１位）、新潟　花子（２位）、万代橋　コメ太郎（３位）	新潟　太郎（1位）、 新潟　花子（２位）、 万代橋　コメ太郎（３位）	

貴法人における相談支援専門員に関する状況を下記のとおりご記入ください。

(1)	法人全体でこれまでに初任者研修（区分１）を修了した者の人数	●	名
(2)	(1)のうち、退職者や資格失効した者等(相談支援専門員として従事できない者)の人数	●	名
(3)	(1)のうち、令和８年４月１日現在、相談支援専門員として従事している者の人数	●	名

※配置（予定）の事業所等代表者より推薦を受けてください。
※新規の法人・事業所の場合は、設置予定法人の代表者（予定）から推薦を受けてください。また、法人・事業所の名前は、後ろに（仮）を入れてください。
※修了証書に記載いたしますので、お間違えのないよう氏名や生年月日をご記入ください。
※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。