令和5年度　宮城県障害者相談支援従事者主任研修　選考課題

募集要綱　受講要件（３）　イまたはロを証明する資料

事業所名

氏名

|  |
| --- |
| １．該当する□を塗りつぶしてください。いずれにも該当する方は、いずれの□も塗りつぶしてください。 |
| □　イ　平成２９年度から令和5年度までの間に実施した宮城県相談支援従事者研修又は宮城県サービス管理責任者等研修の企画又は講師として携わったことがある（ファシリテーター養成研修受講者としての講師補助は含まない。）。□　ロ　基幹相談支援センター又はそれに準ずる機能を有する地域相談支援事業所等において現に相談支援に関する指導的役割を担っている者である。 |
| ２．具体的な実績や役割を記載してください。 |
| ２－１　「イ」に関わること　　※企画又は講師として携わったことのある研修名やその年度、役割など　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| ２－２　「ロ」に関わること　　※指導的な役割の実践について。（スーパーヴィジョンやOJT、運営に関する助言など）　　　　　　　　 |
|  |
| ３．圏域の（自立支援）協議会への参画の状況を記載してください。 |
|  |

※記載内容の事実を確認する為、研修事務局から当該研修事業の実施主体や市町村、基幹相談支援センター等へ連絡をすることがあります。