様式第３号

宮城県障害者相談支援従事者研修事業実施計画書

文　書　番　号

年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　殿

住　　所

氏　　名

（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

　　年　　月　　日付け障第　　号で指定された宮城県障害者相談支援従事者研修事業について、　　年度の実施計画は下記のとおりです。

記

１　研修の名称等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修の名称 |  | 研修課程 |  |
| 実施場所（講義を通信の方法で行う場合は、受講者の対象地域） |  |
| 通学・通信の別 |  |
| 使用するテキスト（市販以外のテキストを使用する場合は、原本又は写しを１部添付） |  |
|  | 受講料 | 開講予定年月日 | 募集期間 | 募集定員 |
| 第　回 | 円 |  | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |  |
| 第　回 | 円 |  | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |  |
| 第　回 | 円 |  | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |  |

２　添付書類

（１）　学則等

（２）　研修カリキュラム

（３）　講師の氏名、履歴、担当科目及び専任兼任の別（別紙１）

（４）　研修に利用する施設の名称等（別紙２）

（５）　研修に利用する施設の設置者の承諾書（申請者が設置者と異なる場合のみ）

（６）　添削指導及び面接指導の指導方法（別紙３）（講義を通信の方法で行う場合のみ）

（７）　当該年度の収支予算書

（８）　申請者の資産状況が確認できる書類

（別紙１）

講師の氏名、履歴、担当科目及び専任兼任の別

|  |  |
| --- | --- |
| 担　当　科　目 |  |
| 氏　　　　　名 |  | 専任兼任の別 |  |
| 現　　住　　所電　話　番　号 | 〒　　　　－　　　　TEL　　　　（　　　　） |
| 連　　絡　　先電　話　番　号 | 〒　　　　－　　　　TEL　　　　（　　　　） |
| 最　終　学　歴（学部・学科） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　月）卒業 |
| 主　な　職　歴（現職を含めて福祉関係の代表的な職歴を記載してください。） | （現職） | 　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |
| 資格・免許等 | 名　　称 | 取得年月 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（別紙２）

研修に利用する施設の名称等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称及び所在地 | 設置者の氏名及び住所（法人にあっては名称及び主たる事業所の所在地） | 利用予定年月日 | 利用人数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（別紙３）

添削指導及び面接指導の指導方法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 科目 | 添削指導 | 面接指導 |
| 課題配布日 | 提出期限日 | 担当講師 | 指導方法 | 面接日 | 担当講師 | 指導方法 |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |  |  |  |

※　通信課題の提出区分ごとに記載すること。

※　添削指導の指導方法欄には、質問等への対応、理解度が不足した分野の指導方法等を記載すること。

※　面接指導の指導方法欄には、面接指導の進め方、１人の講師が担当する受講者の人数等を記載すること。