申請年月日：　　　年　　月　　日

「精神障害者の地域移行関係職員に対する研修その他これに準ずるものとして知事が認める研修」の修了証交付申請書

申請者又は事業所：　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修受講者  氏名 |  | | 研修受講者  生年月日 | 年　　月　　日 |
|
| 現在の所属機関 | |  | | |
| 連絡先  (電話番号) | |  | | |
| 送付先住所 | |  | | |
| 該当研修 | | (別紙一覧の研修番号を記載) | | |
| 研修受講時の  氏名 | | ※現在の氏名と異なる場合のみ記載 | | |
| 研修受講時の  所属機関 | |  | | |

|  |
| --- |
| 〔提出・問い合わせ先〕  　健康福祉部障害福祉局障害福祉課  精神障害福祉班　永田  〒650-8567  神戸市中央区下山手通5-10-1  　TEL：078-341-7711、FAX：078-362-3911 |