

令和 年度 大阪府相談支援従事者初任者研修 7日課程
新規開設事業所への配置にかかる届出書

届出日：令和 年 月 日

※この届出書は、令和 年度 大阪府相談支援従事者初任者研修 7日課程の申込みにあたって、
新規開設事業所に相談支援専門員として配置予定の方のみ記入するものです。

※新規事業所の開設のための指定申請にかかる届出ではありません。

届出先市町村名	東大阪市	※届出書の提出先 障害者支援室障害施策推進課
---------	------	------------------------

ふりがな		生年月日
申込者氏名		(昭和 ・ 平成) 年 月 日生
申込者連絡先	住所：〒	
	携帯： — —	
	自宅： — —	
新規開設事業所	法人名：	
	新規開設事業所名：	
	事業所所在地市区町村：	
	事業開始（予定）年月：	
	相談支援専門員としての配置（予定）年月：	
届出申込者 署名欄	上記の届出内容については、研修の申込書に記入した内容と相違はなく、新規開設事業所に 相談支援専門員として配置予定であることに間違いありません。 また、本件について、届出先市町村から上記連絡先に問合せが入ることについて同意しま す。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 届出者(申込者)署名（自筆）	