令和６(2024)年度「要約筆記者指導者養成研修」受講者推薦書

（「ステップアップコース【要約筆記者】」受講希望者提出用）

受講をご希望の方は、太線内をもれなく記入し、「地域の「養成カリキュラム」(直近年度のもの)」を添えて、推薦を受ける都道府県、市担当者に、ご提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | ※事務局記入欄 | |
| 生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 自宅住所  〒 | | |
| 日中の連絡先 | | |
| Emailアドレス（受講決定後、周知事項・画像や添付データを含む資料等の送受信等で使用） | | |
| 「要約筆記者」登録年　　　　　　　　　　　年 | | 本研修修了年度　　　　　　　　　　　　年度 |
| 「養成講座の講師歴」  （受講希望クラスの講師歴を記入）　　　　　年 | | 講座を担当している地域名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【希望クラスを選択】　　□手書きクラス　　□パソコンクラス | | |

**【障害保健福祉主管課(室)ご記入欄】**

上記の者を、令和６(2024)年度「要約筆記者指導者養成研修」受講者として推薦します。

ご推薦障害保健福祉主管課(室)名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 都道  府県 | | 市 |  | | | |
| (ご担当者ご芳名) | |  | | | 電話 |  |
| FAX |  |
| Emailアドレス | | |  | |  |  |

〔申込要領等〕

1. 申込締切：令和６年５月1５日（水）必着。事務局宛に、郵送またはメール添付でお送りください。
2. 提出書面：「地域の「養成カリキュラム」(直近年度のもの)」
3. 受講決定：令和６年５月３１日（金）に各障害保健福祉主管課（室）を通じて、本人に通知いたします。
4. 教材費：テキスト・資料等 4,400円（消費税込み）

※「納入期限」及び「振込先」は、受講決定後、受講者本人にお知らせします。テキストは、入金確認後、ご自宅住所に送付、資料は、都度、配付いたします。推薦団体等が振込される場合、事前に本研修事務局までご連絡ください。（[youhitsu@jyoubun-center.or.jp](mailto:youhitsu@jyoubun-center.or.jp)）

1. 修了証：全講義に出席された方（講師が指定する課題の期限内提出を含む）には、修了証を交付します。ただし、公的な派遣・講師活動であっても、１講義以上欠席されたり講義に遅刻したりした場合は、修了とみなされず、また、受講を継続いただけません。
2. その他：受講に際し取得した個人情報は、主催者が、本研修の運営業務に限定して利用し、これ以外に使用する際は、その旨を明示し了解を得るものといたします。