（様式２－１）（用紙　日本産業規格　Ａ４縦長型）

かながわ地域生活移行スペシャリスト認定申請書

神奈川県知事　様

　当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～の基本理念に基づく、障害者支援施設における地域生活移行支援を推進するため、かながわ地域生活移行スペシャリストの認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  |  | 生年月日 |
| 申請者氏名 |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 申請者住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属施設法人名 |  |
| 所属施設名 |  |
| かながわ地域生活移行推進人材養成研修受講日・修了日 | 　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | かながわ地域生活移行推進人材養成研修修了証写し　□所属施設からの推薦書（様式３）　　　　　　　　　□実務経験証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　□社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士のいずれかの国家資格登録証写し　　　　　　　　　　□サービス管理責任者に係る実践研修修了証（または、相談支援従事者に係る初任者研修修了証）□地域のネットワークへの参加・構築状況報告書（任意様式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ |

（様式２－２）（用紙　日本産業規格　Ａ４縦長型）

かながわ地域生活移行エキスパート認定申請書

神奈川県知事　様

　当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～の基本理念に基づく、各障害者支援施設に配置されたかながわ地域生活移行スペシャリストと連携した地域生活移行を推進するため、かながわ地域生活移行エキスパートの認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  |  | 生年月日 |
| 申請者氏名 |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 申請者住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属施設法人名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 添付書類 | かながわ地域生活移行スペシャリスト認定証の写し　□当該地域のスペシャリスト、自立支援協議会等からの推薦書（様式３）※令和５年度末までは推薦の要件は猶予　　　　　　□研修講師・ファシリテーター活動実績（任意様式）　□※令和７年度末までは、研修講師・ファシリテーター活動実績の要件を猶予 |

（様式３）（用紙　日本産業規格　Ａ４縦長型）

推　薦　書

氏　　 名

生年月日 　　　　年 月 日生

所　　属

活動範囲　（〇〇障がい保健福祉圏域）　※エキスパートの推薦時のみ使用

上記の者は、当事者目線の障害福祉を実現する人材として、今後の活躍が期待されることから、かながわ地域生活移行（スペシャリスト・エキスパート）に推薦します。

年 　月 　日

推薦人（機関）名