

平成30年度 島根県サービス管理責任者研修 受講申込書

記載例

所属名 生活介護事業所●●●●●●
 代表者職氏名 施設長 ××××

公印

下記の者について、サービス管理責任者研修を申し込みます。

ふりがな	しまね たろう	生 年 月 日
申込者氏名	島根 太郎	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生
勤務先 (書類送付先)	法人名	社会福祉法人 ○○○
	事業所名	生活介護事業所●●●●●●
	サービス種類	生活介護
	事業所の所在地等	〒×××-××× 松江市殿町 1 電話 (××××) ×× - ×××× FAX (××××) ×× - ××××
受講上配慮すべき事項	1. 車椅子席の用意 2. 同行介助者席の用意 (本人と隣の席である必要 有・無) 3. 手話通訳 4. その他 ()	
過去のサービス管理責任者等研修修了状況 <small>※過去に修了した方のみ記載</small>	◎修了年度：平成〔 〕年度 ※複数回受講されている方は直近を記載 ◎修了分野：地域生活(身体)・介護・地域生活(知的・精神)・就労・児童(該当に○)	
相談支援従事者初任者研修修了状況	「相談支援従事者初任者研修」(「サービス管理責任者になるために必要な6科目」を含む) ◎修了年度：平成〔 29 〕年度 ◎受講地〔 島根 〕都・道・府・県	
共通講義の受講 <small>※番号に○をしてください。</small>	1. 受講する	初めてサービス管理責任者研修を受講する方は必須です。
	2. 受講しない	過去にサービス管理責任者研修または児童発達支援管理責任者研修を修了した方は共通講義の受講を省略できます。
受講希望分野 <small>※希望分野に○をしてください。</small>	地域生活【知的・精神】(11/1-2)：自立訓練(生活訓練)、共同生活援助、自立生活援助 地域生活【身体】(11/8-9)：自立訓練(機能訓練) 就労(11/21-22)：就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援 ○ 介護(12/6-7)：療養介護、生活介護	
複数分野希望理由 <small>※複数分野の受講を希望する場合に理由を記入してください。</small>		
申込分野におけるサービス管理責任者就任予定時期 <small>※番号に○をし、該当項目へ記入してください。</small>	1. 就任済み(暫定配置として現在、受講希望分野のサービス管理責任者として従事しているが、研修未修了) 2. 平成30年度中に就任予定(配置予定日： 年 月 日) ③ 平成31年度中に就任予定(配置予定日： 年 月 日) 4. 未定	

(注)裏面も必ず記入すること

サービス管理責任者として必要な実務経験 ※番号に○をし、該当項目へ記入してください。	実務経験年数 通算 <u>7</u> 年 <u>6</u> ヶ月 (平成30年10月末時点)
	<input type="checkbox"/> 1. 告示に定める施設等における相談支援業務の従事期間が通算5年以上。
	<input type="checkbox"/> 2. 告示に定める施設等における直接支援業務の従事期間が通算10年以上。
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 社会福祉主事任用資格者等 (※1) であり、上記2の施設等の直接支援業務の従事期間が通算5年以上。
	<input type="checkbox"/> 4. 国家資格等 (※2) による業務の従事期間が通算3年以上であり、上記1及び2の業務の従事期間が通算3年以上。
<input type="checkbox"/> 5. 現時点で実務経験年数を満たしていないが、配置予定日時点において上記 (1・2・3・4) の要件を満たす見込み。 ※ () 内の1~4のうち該当する番号に○をつけてください。	

上記の実務経験年数について内訳を記入してください。(実務経験を満たしていることが分かるように記入してください)

事業所・機関名	サービス種別 (障害者支援施設、特別養護老人ホーム等)	職種・職名等 (直接支援・相談支援) のいずれかに○	従事期間
障がい者支援施設○○	障害者支援施設	生活支援員 (直接支援・相談支援)	3年 ヶ月
ヘルパーステーション △△△	訪問介護	ヘルパー (直接支援・相談支援)	2年 ヶ月
生活介護事業所●●● ●●	生活介護	生活支援員 (直接支援・相談支援)	2年 6ヶ月
		(直接支援・相談支援)	年 ヶ月

取得している資格 (該当があれば☑してください)

(※1) 社会福祉主事任用資格者等	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 (実務者研修、ヘルパー1級、2級含む)、 <input type="checkbox"/> 精神障害者社会復帰指導員任用資格者、 <input type="checkbox"/> 児童指導員任用資格者、 <input type="checkbox"/> 保育士
(※2) 国家資格等	<input type="checkbox"/> 社会福祉士、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士、 <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 保健師、 <input type="checkbox"/> 助産師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 准看護師、 <input type="checkbox"/> 理学療法士、 <input type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 視能訓練士、 <input type="checkbox"/> 義肢装具士、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師、 <input type="checkbox"/> はり師、 <input type="checkbox"/> きゅう師、 <input type="checkbox"/> 柔道整復師、 <input type="checkbox"/> 管理栄養士、 <input type="checkbox"/> 栄養士
同一事業所から同一分野に複数名申し込む場合の優先順位 ※受講する分野ごとに記入してください	地域生活 (身体) _____ 人中 _____ 番目
	介護 _____ 1 _____ 人中 _____ 1 _____ 番目
	地域生活 (知的・精神) _____ 人中 _____ 番目
	就労 _____ 人中 _____ 番目
添付書類チェック欄 ※該当に☑し、添付漏れがないようにしてください	<input type="checkbox"/> 過去のサービス管理責任者研修 (または児童発達支援管理責任者研修) の修了証書 <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修の修了証書または受講証明書 (今年度本県の研修を修了した方は添付不要) <input type="checkbox"/> 受講理由書 (障害福祉サービス事業所等に所属していない場合)

申込〆切: 9月25日 (火) 17時郵送必着

※申込書類に不備がある場合、受講決定の対象としない場合がありますので、記載漏れ等がないようご注意ください。

※この申込書に記入された個人情報は、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。