

令和2年度 サービス管理責任者基礎研修・児童発達支援管理責任者基礎研修 受講申込書

申込年月日：令和2年 月 日

(申込者) 所在地 〒

法人又は事業所名

代表者 職・氏名

公印

担当者 (氏名)

(電話番号)

下記の者について、サービス管理責任者基礎研修・児童発達支援管理責任者基礎研修を申し込みます。

ふりがな		生 年 月 日	
受講希望者氏名		昭和 平成	年 月 日生
勤務先 (書類送付先)	法人名		
	事業所等名		
	サービス種類		
	事業所等の所在地等	〒	
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 ()		
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・令和〔 〕年度		
後期受講希望会場 <small>※希望会場に○をしてください。 (どちらでも可能な場合は優先順位 1,2を記入してください)</small>	【松江】11/11 (水) ~11/12 (木) いきいきプラザ島根 【浜田】11/9 (木) ~11/20 (金) 浜田合同庁舎		
サービス管理責任者等の資格取得が必要な理由について該当する箇所に○をし下線部を記入してください	新規事業を開始する 開始予定日： 年 月 日 事業継続のため今年度必須である 就任予定日： 年 月 日 その他：理由		
同一事業所等から複数名申し込む場合の優先順位	__人中 __番目		

※裏面も必ず記入してください

希望研修 ※希望研修に○をしてください。 実務経験を満たしている場合は両方でも可能です。	サービス管理責任者基礎研修
	児童発達支援管理責任者基礎研修
研修受講に必要な実務経験 ※下線部を記入し、1～4のいずれかに○をしてください。 ※「実務経験証明書」(様式1)添付	実務経験年数 通算 年 ヶ月 (10月14日時点)
	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3年以上。
	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6年以上。
	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3年以上。
	4. 国家資格等(※2)による業務の従事期間が以下のとおりであり、上記1及び2の業務の従事期間が通算1年以上。 (1) サービス管理責任者基礎研修を受講する場合 3年以上 (2) 児童発達支援管理責任者基礎研修を受講する場合 5年以上
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 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
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"/> 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の写し (今年度本県で開催された研修を修了した方は添付不要) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書(様式1) <input type="checkbox"/> 受講理由書(様式2)(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11日(金)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。

※この申込書および「実務経験証明書」における実務経験の確認は、研修の受講要件を確認するものであり、事業者指定における要件を満たすことを確認するものではありません。実務経験が指定要件を満たすかについては、指定権限のある県または松江市におたずねください。