

令和3年度 サービス管理責任者実践研修・児童発達支援管理責任者実践研修 受講申込書

申込年月日： 年 月 日

(申込者) 所在地 〒

法人又は事業所名

代表者 職・氏名

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実践研修・児童発達支援管理責任者実践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 ()		
希望研修 (○をご記入ください)	サービス管理責任者		
	児童発達支援管理責任者		
同一法人から複数名申し込む場合の優先順位	____人中____番目		
研修受講に必要な実務経験 ※「実務経験証明書」 (様式1)添付	実務経験年数 通算 ____年 ____月 (11月16日時点)		
取得している資格 (該当があれば☑してください)			
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		
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"/> サービス管理責任者基礎研修又は児童発達支援管理責任者基礎研修の修了証の写し <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 (様式1)		

申込〆切：10月19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。

※この申込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。