

サ

平成29年度サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修受講申込書

平成 年 月 日

法人名
代表者職氏名

印

(ふりがな) 氏名	-----		男・女	昭・平 年 月 日生 (歳)
勤務先 (事業所番号※1)	(番号)		役職 (担当業務)	()
勤務事業所の受 けている指定サ ービス等の種類 (○印を付す)	療養介護	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)
	共同生活援助	就労移行支援	就労継続支援	児童発達支援
	医療型 児童発達支援	放課後等 デイサービス	保育所等訪問 支援	(福祉型・医療型) 障害児入所施設
勤務先住所等	(住所) 〒 (電話) (FAX)			
受講を希望する 分野 (○で囲む)	介護 ・ 地域生活(身体) ・ 地域生活(知的・精神) ・ 就労 ・ 児童			
主な職務経験 年数 (申込時点)	従事期間 (従事年数)			
	相談支援 (通算)	年 月		
	直接支援 (通算)	年 月		
取得資格 (取得年月日)				
過去の、サービ ス管理責任者研 修・児童発達支 援管理責任者研 修の受講の有無 ※2	有 ・ 無 (有の場合、修了年度・分野について下記に記載)			
	平成 年度	修了分野:	共通講義受講	有 ・ 無
	平成 年度	修了分野:	共通講義受講	有 ・ 無
	平成 年度	修了分野:	共通講義受講	有 ・ 無
相談支援従事者初 任者研修講義部分 受講の有無※3	1. 有 (平成 年度受講) 2. 無			
サービス管理責 任者等としての 従事予定の事業 所名称等※4	事業所の 名称			サービス管理責任者等 として従事する時期
	サービス 等の種類			平成 年 月から
H30年3月31日 までのみなし規定	1. 有 2. 無			

(※1) 「勤務先」には事業所名を記載し、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」又は「児童福祉法」に基づき事業所指定を受けている場合の事業所番号を記入してください。

なお、複数のサービスの指定を受けている等記入欄が不足する場合は、備考欄に記入するか、本用紙の余白に分かるように記載してください。(法人の全ての事業ではなく、申込者が勤務する事業所について記載してください。以下同じです。)

任意様式により別紙に記載して添付しても構いません。(記入欄が不足する場合の取り扱いは以下同じです。)

(※2) 過去に、サービス管理責任者研修又は児童発達支援管理責任者研修を修了している場合は、修了証書の写しを添付してください(1日目の「共通講義」の受講が免除されます。)

(※3) 「相談支援従事者初任者研修の講義部分」を受講したことを証明する書類(受講証明書または修了証書)の写しを添付してください。

(※4) 研修修了後に、サービス管理責任者等として従事する事業所名称、障害福祉サービス等の種類及びサービス管理責任者等として従事する時期を記載してください。

新たに事業を開始する予定の場合は、実施予定のサービス等について記載してください。

●同一事業所から複数名の申込みを行う場合は下記に優先順位を付け、1名のみ申込みの場合は「1位/1人中」と記入してください。

優先順位	位/ 人中
------	-------

研修申込みに係る担当者・連絡先

担当者職氏名	
連絡先	(電話)
	(FAX)