

受付No.	
-------	--

平成30年度大阪府サービス管理責任者等研修受講申込書及び推薦書

※必ず本人が記入の上、事業所等代表者から推薦を受けてください。
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記載してください。記入漏れや不備があった場合は申込み受付をいたしません。
 ※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても、取り消し等の措置をとることがあります。

ふりがな		性別	男 ・ 女	
受講者氏名 ※正確に記入してください		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
ご自宅住所	〒 ー			
現在所属している事業所、及び従事している事業所 ※法人・会社名など、必ず正式名称を記入してください。	法人・会社名			
	事業所・施設名			
	事業所所在地	〒 ー		
	事業所電話番号	☎ ー ー	問合せ担当者	
	受講者連絡先	☎ ー ー	※平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください	
事業種別 ※該当する全ての番号に○を付けてください	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 障がい児通所支援 10. 障がい児入所支援 11. 市町村・府機関 12. 居宅介護 13. 重度障がい者等包括支援 14. 重度訪問介護 15. 行動援護 16. 同行援護 17. 短期入所 18. 高齢福祉関係 19. その他（ ）			
受講希望分野 ※申し込みされる分野に○をしてください。	A. 介護分野		B. 地域生活（知的・精神）分野	
	C. 就労分野		D. 児童発達支援管理責任者研修	
研修修了状況 ※1か2の該当する番号に○をしてください。 ※2の場合は★項目にチェックを入れてください。	1. サービス管理責任者等研修は受講したことがない（※相談支援従事者研修は含みません） 2. 前年度までに他の分野を修了している。 ※修了証書の写しを添付してください 【受講修了分野】 ※該当分野すべてに○をしてください。 介護・地域生活（身体）・地域生活（知的・精神）・就労・児童発達支援管理責任者研修 ★全体講義受講について必ずどちらかに○をしてください。（修了書の添付がある方のみ） 1. 今回の全体講義を受講する 2. 受講しない ※原則受講してください。全体講義を受講しない場合も受講料は同額です。			
研修受講にあたり配慮すべき事項	同行介助者（有・無）	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）		
実務経験要件に該当する資格等	1. 社会福祉主事任用資格 2. 訪問介護員2級以上に相当する研修修了者 3. 保育士 4. 児童指導員任用資格 5. 精神障がい者社会復帰指導員 6. 介護福祉士 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 9. その他国家資格（ ）			

受講者氏名： _____

実務経験年数 ※サービス管理責任者 又は児童発達支援管理 責任者の要件となる実 務経験について確認の 上記入してください。	A. 直接支援業務	年 月 日	C. 第4号に基づく実務経験期間 又はハに基づく実務経験期間	年 月 日
	B. 相談支援業務	年 月 日	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※A～C年月数の合計になるよう記入してください 通算 年 月 日 (H30.3.31 時点)	
※児童分野の方のみ記入 児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験について ハに該当する期間			年 月 日 ※該当する期間のない場合は0を記入	
サービス管理責任 者・児童発達支援管 理責任者として従事 する予定の事業所に ついて ※既に従事されている 方は従事している事業 所についてご記入の上 「誓約書の写し」を添 付してください。 ※複数分野お申込みさ れる場合は、このペー ジをコピーして、分野 毎に分けて記入してく ださい。 返信用封筒も分野毎に 必要です。	事業所・施設名	事業所所在 市町村		
	※該当するものに○をしてください 1. 既存事業所 (指定番号 _____) 2. 申請中 3. 事前協議中 4. これから申請			
	事業開始 (予定) 年月日 ※月日が未定の場合は年度のみご記入ください			
	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年度中に開始予定	平成 _____ 年	_____ 月	_____ 日
	<input type="checkbox"/> 開始年度は未定			
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として指定権者に <input type="checkbox"/> 届け出ている (※誓約書の写しを必ず添付) <input type="checkbox"/> 届け出していない				
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として配置 (予定) 年月日 ※月日が未定の場合は年度のみ、既に配置されている場合は配置日を記入してください ※記入の無い場合は配置未定とみなします				
<input type="checkbox"/> 配置年度未定	<input type="checkbox"/> H29 年度 ※誓約書要 _____ 月 日	<input type="checkbox"/> H30 年度 _____ 月 日	<input type="checkbox"/> H31 年度 _____ 月 日	
事業種別 ※該当するもの全て に○を付けてくださ い	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 障がい児通所支援 10. 障がい児入所支援 11. 市町村・府機関 12. その他 (_____)			
申込理由欄 ※同一事業所の同一事業に複数人申込みする場合は下記にも記入してください※ <input type="checkbox"/> 同一事業所の同一事業に配置するために複数申込みする者のうち _____ 人中 _____ 人目 <input type="checkbox"/> 前年度の実利用者数 (新規の場合は定員×0.9名) が _____ 名のため、規定によりサービス管理責任者等を _____ 名 配置することが義務付けられているため <input type="checkbox"/> その他の理由 (_____)				
推薦欄 上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者と して推薦いたします 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 法人・会社名 _____ 事業所等名 _____ 法人・事業所等代表者名 _____				
公印				
※個人印は不可				
受講者署名欄 本申込書に記入した内容および、推薦欄のとおり推薦を受けて申込みことに間違いはありません。 また、推薦者から推薦の取り下げがあった場合はそれに従います。 当該事業の指定申請状況等について、指定権者へ照会することに了承します。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受講者署名 _____				
理由欄 ※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合のみ必ず理由を記入してください。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受講者署名 _____ 印				