

# 記入見本

受付No.  <別紙1>

※サービス管理責任者の要件となる実務経験についての「第4号」、また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の「ハ」に該当する期間を記入してください。

## 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	じぎょうだん はなこ	性別	男 ・ <b>女</b>
受講者氏名 ※正確に記入してください	事業団 花子	生年月日	<b>昭和</b> 平成 49年 9月 11日
ご自宅住所	〒562-0012 大阪府箕面市白島3丁目5-50		
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	株式会社〇〇△△	
	事業所・施設名	□□事業所	
	事業所所在地	〒562-0012 大阪府箕面市白島〇丁目〇-〇	
	事業所電話番号	☎072-724-8167	問合せ担当者
※法人・会社名など、必ず正式名称を記入してください。	受講者連絡先	☎090-0000-0000 ※平日の日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 <b>8. 自立生活援助</b> 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	A. 介護分野	<b>B. 地域生活（知的・精神）分野</b>	
※申し込みされる分野に○をしてください。	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. 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） <b>2. 前年度までに他の分野を修了している。</b> ※修了証書の写しを添付【受講修了分野】 ※該当分野すべてに○をしてください。 【受講修了分野】 <b>介護</b> 地域生活（身体）・地域生活（知的・精神）・就労・児童発達支援 ★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） <b>1. 今回の全体講義を受講する</b> 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。		
※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。	※今回申込み分野以外の分野を既に受講（または受講決定）されている場合は、修了証書（または受講決定通知）の写しを必ず添付し、今回の全体講義を受講する・しないのどちらかの番号を○で囲んでください。		
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 <b>6. 介護福祉士</b> 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 9. その他国家資格（ ）		

※予定年度のみ決まっている場合は年度のみ、月まで決まっている場合は予定年月のみで構いませんので、必ず記入してください。未定の場合は「未定」に□チェックを入れてください。配置予定日によって受講の優先順位が変わります。（募集要項10.受講者選考について）

※午前9時～午後6時に連絡の取れる電話番号を記入してください。

※今回申込み分野以外の分野を既に受講（または受講決定）されている場合は、修了証書（または受講決定通知）の写しを必ず添付し、今回の全体講義を受講する・しないのどちらかの番号を○で囲んでください。

※本人署名がない場合は受付できません。必ずご署名ください。

受講者氏名: **事業団 花子**

実務経験年数	A. 直接支援業務	3年 0ヶ月	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 ヶ月
※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。	B. 相談支援業務	5年 6ヶ月	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	年 ヶ月
	通算		8年 6ヶ月（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			0年 0ヶ月	※該当する期間のない場合は0を記入
事業所・施設名	▲▲▲▲▲事業所		事業所所在市町村	大阪市中央区
※該当するものに○をしてください	1. 既存事業所（指定番号 0000000000） 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	□平成	年度中に開始予定	□開始年度は未定	平成 29年 4月 1日
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 □ 届け出ている（※誓約書の写しを必ず添付）	☑ 届け出ている			
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	□配置年度未定	□H29年度 ※誓約書要	☑H30年度	□H31年度
		月 日	12月 1日	月 日
事業種別	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） <b>7. 共同生活援助</b> <b>8. 自立生活援助</b> 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（ ）			
※該当するもの全てに○を付けてください				
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※ ☑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 <u>2人中 2人目</u> ☑前年度の実利用者数（新規の場合は定員×0.9名）が <u>35名</u> のため、規定によりサービス管理責任者等を <u>2名</u> 配置することが義務付けられているため □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 30年 5月 〇〇日 法人・会社名 <b>株式会社〇〇△△</b> ※個人印は不可 事業所等名 <b>▲▲▲▲▲事業所</b> 法人・事業所等代表者名 <b>所長 〇〇〇 □□□</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">代表者 印</span>			
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 30年 5月 〇〇日 受講者署名 <b>事業団 花子</b>			
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			