

2日課程用 様式2

No	
----	--

平成30年度大阪府相談支援従事者初任者研修（2日課程） 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、配置予定の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入してください。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。

ふりがな		性別	男 ・ 女		
受講者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
ご自宅の住所	〒 -				
現在従事している 事業所について	法人・企業名				
	事業所名				
	事業所所在地	〒 -			
	事業所電話番号	☎	問合せ 担当者名		
	受講者連絡先 ※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. 一般相談支援 12. 特定相談支援 13. 障がい児相談支援 14. 重度障がい者等包括支援 15. 基幹相談支援センター 16. 市町村 17. 居宅介護 18. 重度訪問介護 19. 行動援護 20. 同行援護 21. 短期入所 22. 施設入所支援 23. 高齢福祉関係 24. その他（ ）			
実務経験年数等  ※相談支援・直接支援等、 実務経験要件に該当す るもの（年数の過不足 は問いません）	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（ ）			
	A. 直接支援業務	年 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 月	
	B. 相談支援業務	年 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 通算 年 月（H30.3.31 時点）		
	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・ホ」に該当する期間 ※児童分野の方のみ記入			年 月 ※該当する期間のない場合は0を記入	
研修受講にあたり 配慮すべき事項	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（ ）			同行介助者（有・無）	
サービス管理責任者・ 児童発達支援管理責任者 として従事している （予定している） 事業所について	事業所名 ※未定の場合は未定と記入	事業所 所在地	都道 府県	郡 市	町・村 区
	※該当するものに○をつけてください。すでに指定されている場合は指定番号を記入してください				
	1. 既存事業所（指定番号 ） 2. 申請中 3. これから申請				
	事業開始（予定）年月日	平成 年 月 日	未定	※予定年度のみ決まっている場合は 年度のみ記入、年度が未定の場合は 「未定」に○を付けてください	
配置（予定）年月日	平成 年 月 日	未定	※記入の無い場合は配置未定とみなします		
※配置予定日までに 実務経験要件を 満たすこととします	事業種別	※従事する（予定）事業番号に○をつけてください。多機能型の場合は全てに○をつけてください 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. その他（ ）			

受講決定は、募集要項の9「受講者選考について」に記載の優先順位に基づいて決定します。

表面の「配置（予定）年月日」を必ず記入してください。

※ 既に配置されている方は配置日を記入、配置予定の方は予定配置日を記入してください。配置予定月日が未定の場合は年度のみ記入してください。（H30年度はH30.4.1～H31.3.31まで、H31年度はH31.4.1～H32.3.31までです）  
年度も未定の場合は「未定」に〇を付けてください。

既に配置されている方は、事業指定申請の際に指定担当部局へ提出した「研修受講の誓約書」の写しを必ず添付してください。

**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 \_\_\_\_\_人中 \_\_\_\_\_人目
- 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
- 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・企業等名 \_\_\_\_\_

事業所等名 \_\_\_\_\_

法人・事業所等代表者名 \_\_\_\_\_



※個人印不可

**受講者署名欄**

本研修の受講にあたり、私が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、推薦者からの推薦取り下げがあった場合はそれに従います。

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受講者署名 \_\_\_\_\_

**理 由 書** ※配置予定の法人（事業所）等代表者から推薦が得られない場合は必ず理由を記入

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受講者署名 \_\_\_\_\_ (印)

**情報提供の同意確認欄** ※必ず下記どちらかに☑を記入してください（受講の可否には影響しません）

提出した「誓約書の写し」について指定権者へ確認すること、及び申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、大阪府等指定権者に対し情報を提供すること、並びに指定権者からサービス管理責任者もしくは、児童発達管理責任者としての配置状況の確認を受けることを、

- 了承します       了承しません