

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。

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。

Main application form with fields for personal information, current employer, business details, and experience. Includes handwritten notes and red circles highlighting specific areas.

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 2人中 2人目
前年度の実利用者数（新規の場合は定員×0.9名）が 35名のため、規定によりサービス管理責任者等を 2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

複数人の配置が義務付けられている場合のみ記載してください

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 7月〇〇日

法人・企業等名 株式会社〇〇△△

事業所名 ▲▲〇〇事業所

代表者名 所長 〇〇〇 〇〇〇



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30年 7月〇〇日

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

受講者署名 事業団 花子

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)

この☑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

別紙1-②・③を参照に、要件となる実務経験について記入してください

児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験の「ハ・ホ」に該当する期間について、必ず記入してください

該当事業所は口に✓をいれて人数を記入してください

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

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「へ」に該当する期間を記入してください

勤務年月数の合計になるように記入してください

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〇をしてください。配置予定日によって受講の優先順位が変わります（募集要項の9 受講者選考について）