

受付番号

※府保健所・実施機関で記入

様式2

注) 必ず全ての項目を漏れなく記載してください。記載漏れがある場合受理ができません。

平成30年度京都府サービス管理責任者等研修受講申込書

上記研修を受講したいので、以下のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (西暦で記載してください)
申込者氏名	㊦		
申込者住所	〒 - 電話番号: - -		
受講上 配慮すべき 事項	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 <例、手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等> 配慮すべき内容: <u>受講配慮に記載がない場合は、対応ができないことがあります。</u>		
実務経験	通算 年 月 (申込日現在) ※「別紙3」を参考に、該当する経験年数の通算を記入してください。		
関係研修 の 修了状況	受講済みの研修について (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。) 1 該当なし 2 京都府相談支援従事者初任者研修講義部分 (「3日コース」) [平成 年 月修了] 3 京都府以外が実施する上記2と同様の研修 [実施主体: 平成 年 月修了] 4 サービス管理責任者等研修 [修了分野: 平成 年 月修了]		
共通講義 免除希望	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (過去のサービス管理責任者研修修了証書の添付が必要です。)		
受講希望 分野	希望	研修分野	希望分野に1と表示してください。 第1希望の分野以外の受講でもよい場合は、優先順位2~4の数字を記入してください。(複数分野の受講はできません)
		介護分野	
		地域生活(知的・精神)分野	
		就労分野	
		児童発達支援管理責任者	
所属 事業所の 状況	現況について (該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。)		
	1 新規指定または追加・変更を予定 [指定機関との相談: 無・有 (平成 年 月頃)]		
	2 指定済 [指定年月: 平成 年 月、事業所番号:]		
	3 その他 [具体的に記入してください。]		
	実施する(予定を含む)サービス種別について (必要事項を記入してください。)		
	事業所名称	()	
サービス種別	()		
定員	(名)		
※多機能型事業所の場合は、「多機能型」と表示し、サービス種別毎の定員及び合計定員を記入してください。			
サービス管理責任者等の職員の状況について (該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。)			
1 現在、有資格者がいない			
2 申込者以外の有資格者がいる。 ア 現任者の他に有資格者は (いない ・ いる ___人)。 イ 現任者に [異動・退職] の予定がある。 [___年___月頃]。			
3 その他 [具体的に記入してください。]			
申込者の 事業所での 役割	事業所での申込者の役割について (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。)		
	1 現在、サービス管理責任者等として勤務中 [平成 年 月~] ア 経過措置で暫定的に認められている。 イ 今回申し込み以外の分野 () ウ その他 ()		
	2 サービス管理責任者等として具体的な予定あり [予定時期: 平成 年 月]		
	3 時期は未定だが、研修終了後に予定されている。		
	4 その他 (例: 申込者が研修を修了しないと事業所指定を受けられない。欠格で報酬が減算となる。など) [具体的に記入してください。]		

(様式1とともに、京都市内事業所は実施機関(京都府社会福祉協議会京都府福祉人材・研修センター)あて、京都市外事業所は所管の府保健所福祉室あて提出してください。)