

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29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)	性別	男・女
申込者氏名	〒			電話番号:	— —
申込者住所					
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。				
共通講義	共通講義の免除希望の方は○印を付けてください。(←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	受講希望分野に○印を付け、また、複数分野の受講を希望する場合は順位を記入してください。				
	分野	順位	研修分野	(障害福祉サービス種別)	
			介護分野	療養介護、生活介護(施設入所支援に係るものを含む)	
			地域生活(知的・精神)分野	自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)	
		就労分野	就労移行支援、就労継続支援		
		児童発達支援管理責任者	児童発達支援センター(医療型含む)、児童発達支援事業(医療型含む)、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設(福祉型・医療型)		
関係する研修の修了状況	受講済みの研修について○印を付け、必要事項を記入してください。 1 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] 2 京都府以外が実施する上記1と同様の研修修了[実施主体: 平成 年 月修了] 3 サービス管理責任者研修(以前に受講した分野を○で囲み、直近の修了年月を記入してください。) [介護/就労/地域生活(知・精)/地域生活(身体)/児童] [平成 年 月修了]				
研修修了後の役割	今回研修を修了した後の事業所での役割について、該当するものを○で囲んでください。 1 現にサービス管理責任者等として勤務中(研修未受講だが、経過措置で暫定的に認められている) 2 サービス管理責任者等として勤務する具体的な予定あり 3 具体的な時期は未定だが、将来サービス管理責任者等として勤務する可能性あり 4 その他[具体的に記入してください。]				
所属事業所の状況	所属する事業所の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 新体系サービスの新規指定または追加・変更を予定[指定時期:平成 年 月頃・未定] 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。]				
	事業所が実施する(予定を含む)サービス種別に○印を付け、定員を記入してください。 ※多機能型事業所の場合は、「多機能型」にも○印を付け、定員合計およびサービス種別毎の定員を記入してください。				
	・療養介護(名) ・生活介護(名) ・自立訓練(生活訓練)(名) ・共同生活援助(グループホーム)(名) ・就労移行支援(名) ・就労継続支援A型(名) ・就労継続支援B型(名) ・自立訓練(機能的訓練)(名) ・児童発達支援センター【含医療型】(名) ・児童発達支援事業【含医療型】(名) ・放課後等デイサービス(名) ・保育所等訪問支援(名) ・障害児入所施設【福祉型・医療型】(名) ・多機能型(計 名) ・施設入所支援(名) ・未定				
事業所内でサービス管理責任者等の要件を満たしている職員(実務経験年数を満たし、研修も修了している有資格者)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(申込者が暫定的に認められている場合も含む)。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・欠格のため3割減算となる・その他] 2 申込者以外の有資格者が現任のサービス管理責任者等として勤務しているが、[年 月頃]に[異動・退職]する[ことが確定・可能性が高い・可能性がある]。現任者の他に有資格者は[いない・ 人いる] 3 申込者以外の有資格者が現任のサービス管理責任者等として勤務しており、当面(おおよそ1年以内)は異動・退職の予定はない。現任者の他に有資格者は[いない・ 人いる] 4 その他[具体的に記入してください。]					
受講上配慮すべき事項	受講配慮についていずれかに○印を付けてください。予め記載がなく、配慮できなかった場合、修了認定できないことがあります。 <例、手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等> 無 ・ 有 (内容:)				

(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。)

（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。）