|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | ※実施機関で記入 |

**令和元年度京都府サービス管理責任者等更新研修　受講申込書**

**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。**

上記研修を受講したいので、以下のとおり申し込みます。　　　　　　　　令和　　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 |  | |
| 所属法人名 |  | | 事業所の  サービス種別 | （例：生活介護、就労継続支援B型等） |
| 所属  事業所名 |  | |
| 事業所所在地  連絡先  （受講可否通知送付先） | 〒　　　-  電話番号 | | | |
| 受　講　上  配慮すべき事　　　項 | **無　　　・　　　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  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。 | | | |
| 演習希望  コース | 優先順位欄 | コース・日程 | 受講可能なコースについて1～３位の優先順位をつけてください。  ※定員超過の場合、御希望に添えないことがあります。  ※空欄については、受講希望をされないものと判断します | |
|  | １コース（12/3） |
|  | ２コース（12/10） |
|  | ３コース（12/11） |
|  | いずれも可 |
| **受講要件に関すること** | | | | |
| 更新希望職種 | 1.サービス管理責任者　　　2.児童発達支援管理責任者　（※該当するものを○で囲んで下さい） | | | |
| 所属事業所における現在の役職  （対象要件） | （※該当するものを○で囲んで下さい）  1.サービス管理責任者　　　　　　　　　　2.児童発達支援管理責任者  3.管理者　　　　　　　　　　　　　　　　4.相談支援専門員  5.上記以外の場合（役職名　　　　　　　　　　　　　　）**（※令和5年度までの経過措置。）** | | | |
| 勤務状況  （実務要件） | 現在の勤務状況について　（※該当する項目に○を記入し、必要事項を御記入ください） | | | |
| １．直近の5年間で2年以上のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員の実務経験（＿＿年＿＿月から現時点・＿＿年＿＿月まで）がある。 | | | |
| ２．上記１.に当てはまらない。 　**（※令和5年度までの経過措置。）** | | | |
| 関係研修の  修了状況 | 研修修了状況について（必要事項を記入してください。） | | | |
| サービス管理責任者等研修 | | | 平成　　　年　　　月修了  修了証番号（　　　　　　　　　　　　　）  〔分野：　　　　　　　〕  複数分野で修了されている場合は直近で修了したもの |
| 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  修了証番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談支援従事者初任者研修（「６日コース」） | | | 平成　　　年　　　月修了  修了証番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談支援従事者初任者研修演習部分（「演習コース」） | | | 平成　　　年　　　月修了  修了証番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談支援従事者現任研修 | | | 平成　　　年　　　月修了  修了証番号（　　　　　　　　　　　　　） |