受付番号		※実施機関で記入

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。

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

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（　）

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）あて提出してください。）