

京都府知事 様

(推薦者) 法人名・事業所名

代表者 職・氏名

令和4年度京都府サービス管理責任者等基礎研修 受講者推薦書

別添受講申込書記載の者について、受講申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、令和4年度京都府サービス管理責任者等基礎研修を下記の理由により受講させたいので、推薦します。

事業所名称	(法人名)
	(事業所名)
	(サービス種別) 例：生活介護・就労継続支援B型等
事業所所在地・連絡先 ※受講可否通知送付先	〒 — — 電話番号 — —
連絡担当者名	
受講申込者の優先順位	氏名〔 〕・優先順位〔第 位〕
受講申込者の配置予定事業所の状況 (必ずいずれか一つに○を付けてください。また〔 〕内に年月を記載してください。)	1 サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者のやむをえない事由による欠如として、京都市又は保健所へ変更届を提出している事業所 2 研修を修了しなければ、人員基準の規定により配置が義務づけられている員数の範囲を満たさない事業所 ・人員基準を満たさなくなる時期〔令和 年 月〕 ※下記留意事項を参照 3 京都府内に新規開設を予定している事業所で、研修を修了しなければ人員基準の規定により配置が義務づけられている員数の範囲を満たさず開設ができない事業所 ・開設予定時期〔令和 年 月〕 ※下記留意事項を参照 4 上記のいずれにも該当しない事業所
推薦理由 (必ずいずれか一つに○を付けてください。その他の場合は理由も記載してください。)	1 新たにサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置予定のため。 2 当該年度に個別支援計画原案の作成者として配置予定のため(一人目) 3 その他 〔理由〕 ※3を選択する場合、理由を必ず記載してください。
研修受講に関する同意 (同意の場合は□にチェック☑を御記入ください。)	受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。また、実施機関が講じる、マスクやフェイスシールドの着用義務化などの感染症対策についても、指示に従います。なお、研修当日に、会場で著しく体調の不良が見られる等、感染症対策に御協力いただけない場合は、事務局から受講をお断りする場合がありますことを了承します。 <input type="checkbox"/> 以上を確認し、同意しました。

※令和3年度で経過措置が終了したことにより、令和4年度の基礎研修修了者は、実践研修修了者となるまではサービス管理責任者等として勤務することはできませんので御留意ください。なお、実践研修の受講には基礎研修修了者となった以後、2年以上の実務経験が必要です。

※受講申込者1名につき本紙1枚を作成してください。

※同一事業所で2名以上推薦する場合は、今回受講が必要である理由及びそれぞれの申込者の優先順位を記した説明文書(任意様式、1名につきA4版1枚ずつ作成)を添付してください。

(様式2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課あて提出してください。)