

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は受理ができません。

令和4年度京都府サービス管理責任者等基礎研修 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 事業所名		事業所のサ ービス種別	(例：生活介護、就労継続支援B型等)
希望コース	<input type="checkbox"/> 第1希望 <input type="checkbox"/> 1コース (WEB 講義 +8/2~8/3) <input type="checkbox"/> 2コース (WEB 講義+8/25~8/26) <input type="checkbox"/> どちらのコースでもよい		
	<input type="checkbox"/> 第2希望 <input type="checkbox"/> 1コース <input type="checkbox"/> 2コース <input type="checkbox"/> 希望しない		
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：] <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>		
受講環境	WEB 講義とは、インターネットに接続されたパソコン又は携帯・スマートフォン等を用いて、動画を視聴することにより受講するものです。(※該当するものを必ず〇で囲んでください) 1 インターネットを通じてのWEB受講が可能 2 視聴環境に課題があり、受講が不可能 (受講決定通知時に個別に案内します。)		
受講要件に関すること			
実務要件	修了者名簿登載を希望する職種に係る実務要件について、下記のいずれかにチェックし、通算の実務年数を御記入ください。(両方の修了者名簿に登載を希望する場合は、両方とも記載してください。無記入の場合は、名簿登載をしませんので御注意ください)		
	サービス管理責任者の実務要件について (別紙2参照) <input type="checkbox"/> 実務要件を満たしている <input type="checkbox"/> 実務要件を満たすまでの期間が2年以内 《実務年数》 通算 年 月 (令和4年4月1日現在) 上記とおり相違ありません。	児童発達支援管理責任者の実務要件について (別紙3参照) <input type="checkbox"/> 実務要件を満たしている <input type="checkbox"/> 実務要件を満たすまでの期間が2年以内 《実務年数》 通算 年 月 (令和4年4月1日現在) 上記とおり相違ありません。	
修了証書を発行する職種	1 サービス管理責任者 2 児童発達支援管理責任者 (※原則としていずれかを〇で囲んでください)		
昨年度の申込状況	<input type="checkbox"/> 令和3年度京都府サービス管理責任者等基礎研修に申込みしたが落選した (※上記に該当する場合は、〇にチェックを入れてください)		
関連研修の修了状況	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・令和 年 月修了) (修了番号：)		
	2 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・令和 年 月修了) (修了番号：)		
3. 令和4年度京都府相談支援従事者初任者研修 (3日コース) の受講予定 受講申し込み済み ・ 受講申し込みしていない			

(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課あて提出してください。)