

平成30年度 京都府相談支援従事者初任者研修 参加申込書

3日コース

※市町村記入欄 ※ 市町村 担当課（担当者）
 ※ TEL FAX

優先順位	(ふりがな) 氏名	性別	受講要件	法人名・事業所名	職種	※注 “受講配慮”の有無 (例. 手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等)
			該当する区分に○印 障害者福祉業務の実務経験年数	事業所所在地 TEL/FAX	サービス種別 生年月日(元号)	
1	()	男・女	① 新規指定を受け、開設日から1年以内に受研を要する事業所(みなし該当) ② 退職等やむを得ない事由によりサービス管理責任者等が欠けた指定事業所(みなし該当) ③ 今後サービス管理責任者を要するサービス事業を開設予定の事業所 ④ 旧法施設・指定外施設 ⑤ 既に指定を受け、追加でサービス管理責任者を養成する事業所 ⑥ 市町村担当職員・特別支援教育関係者・精神科病院関係者	法人名	職種	内容 有 ・ 無
				事業所名	サービス種別(下段参照)	
				所在地		
			障害福祉業務の実務経験 年 か月 (平成30年4月1日現在)	TEL FAX	年 月 日生	
2	()	男・女	① 新規指定を受け、開設日から1年以内に受研を要する事業所(みなし該当) ② 退職等やむを得ない事由によりサービス管理責任者等が欠けた指定事業所(みなし該当) ③ 今後サービス管理責任者を要するサービス事業を開設予定の事業所 ④ 旧法施設・指定外施設 ⑤ 既に指定を受け、追加でサービス管理責任者を養成する事業所 ⑥ 市町村担当職員・特別支援教育関係者・精神科病院関係者	法人名	職種	内容 有 ・ 無
				事業所名	サービス種別(下段参照)	
				所在地		
			障害福祉業務の実務経験 年 か月 (平成30年4月1日現在)	TEL FAX	年 月 日生	

注)受講配慮の有無に記載がない場合は、対応ができないことがあります。希望される場合は必ず本申込書にて事前に内容と共に記載してください。

* サービス管理責任者又は児童発達管理責任者の配置が必要なサービス種別は次のとおり。

- 【サービス管理責任者】療養介護、生活介護、自立訓練(機能訓練・生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助(グループホーム)
- 【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)