|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | ※府保健所・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基礎研修　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。**

**様式２**

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） |
| 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 | コース・日程 | 受講可能な演習コースについて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（11/5～6） |
|  | ２コース（11/11～12） |
|  | ３コース（11/13～14） |
| **受講要件に関すること** | | | | |
| 従事を希望する職種 | ・サービス管理責任者　　　・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） | | | |
| 実務要件 | 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。 | | | |
| □　実務要件を満たしている。  □　実務要件を満たすまでの期間が2年以内である。　　　（※別紙2・3を御参照ください）  《実務年数》　通算　　　年　　　月（申込時現在）  上記とおり相違ありません。 | | | |
| 関係研修の  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　　　年　　　月修了〕  　　（修了証番号：　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 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　　年　　月修了〕  　　（修了証番号：　　　　　　　　　　　） | | | |
| ３．令和元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 | | | |