

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		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		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>	
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)	
<b>受講要件に関すること</b>			
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。 <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			

(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室あて提出してください。)