

受付番号 ※実施機関で記入

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できません。

令和2年度京都府サービス管理責任者等更新研修 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	㊦		
所属法人名		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			
事業所所在地 連絡先 (受講可否通知送付先)	〒 - 電話番号		
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>		
演習希望コース (空欄については 受講希望をなしと 判断します)	受講希望コースについて ○をつけてください	コース(日程) ※定員超過の場合、御希望に添えないことがあります	
		南部コース(12/23)	
		北部コース(1/14)	
		どちらのコースでも受講可	

受講要件に関すること

関係研修の 修了状況	研修修了状況について(必要事項を記入してください。)		
	①サービス管理責任者等研修 分野(介護、地域生活(身体)、生活(知的・精神)、就労) 複数分野で修了されている場合は直近で修了したものを一つ選択	平成 年 月修了 修了証番号() 〔分野： 〕	
	②サービス管理責任者等研修 分野(児童)	平成 年 月修了 修了証番号() 〔分野：児童〕	
	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()	
	相談支援従事者初任者研修(「6日コース」)	平成 年 月修了 修了証番号()	
	相談支援従事者初任者研修演習部分(「演習コース」)	平成 年 月修了 修了証番号()	
	相談支援従事者現任研修	平成 年 月修了 修了証番号()	
修了者名簿登載を 希望する職種	上記研修の修了状況のうち①、②に該当するもので希望するものを○で囲んでください 1.サービス管理責任者(①該当) 2.児童発達支援管理責任者(②該当)		
修了証を発行する 職種	サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者双方の実務経験を満たす方は、一方の修了証書で双方従事することが可能なため、原則どちらかを1つを○で囲んでください。 1.サービス管理責任者 2.児童発達支援管理責任者		
所属事業所におけ る現在の役職 (対象要件)	(※該当するものを○で囲んで下さい) 1.サービス管理責任者 2.児童発達支援管理責任者 3.管理者 4.相談支援専門員 5.上記以外の場合(役職名) (※令和5年度までの経過措置。)		
勤務状況 (実務要件)	現在の勤務状況について(※該当する項目に○を記入し、必要事項を御記入ください)		
	1. 直近の5年間で2年以上のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員の実務経験(年 月から現時点・ 年 月まで)がある。 2. 上記1.に当てはまらない。(※令和5年度までの経過措置。)		

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)あて提出してください。

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）あて提出してください。）