

京都府知事 西脇 隆俊 様

(推薦者) 法人名・事業所名
代表者 職・氏名

令和3年度京都府サービス管理責任者等基礎研修 受講者推薦書

別添受講申込書記載の者について、受講申込書に記入した内容について相違ないことを確認したので、
令和3年度京都府サービス管理責任者等基礎研修を下記の理由により受講させたいので、推薦します。

記

事業所名称 (未定の場合は予定で可)	(法人名)
	(事業所名)
	(サービス種別) 例：生活介護・就労継続支援B型等
事業所所在地・連絡先 (※受講可否通知送付先)	〒 —
	電話番号 — —
連絡担当者名	
受講申込者の配置予定の 事業所の状況 (必ずいずれか一つに○をつ けてください)	1 他に有資格者がおらず、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配 置予定で人員基準の規定により配置が義務付けられている員数の範囲内の者で、 <u>当 該年度中に</u> 研修を修了しなければ人員基準の規定が満たせない
	2 他に有資格者がおらず、当該年度に研修を修了することにより、 <u>翌年度に</u> サービ ス管理責任者等として配置予定で人員基準の規定により、配置が義務付けられている 員数の範囲内のもの
	3 上記のどれにも該当しない
推薦理由 (必ずいずれか一つに○をつ けてください。その他の場合は 理由も記載ください。)	1 今後開始を予定の事業所に、サービス管理責任者等として配置予定のため。 〔サービス種別： 〕 〔開始予定時期： 年 月〕
	2 その他（理由： ）
指定機関との相談状況	指定についての相談 無 ・ 有 (年 月頃) 相談担当者確認 所 属 職・氏名 印 サービス管理責任者等として勤務予定事業所を所管する府保健所福祉課（京都市内事業所は、京都市保健 福祉局障害保健福祉推進室）に記載を依頼してください。
研修受講に関する同意 (□にチェック☑を 御記入ください。)	受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。 当日、研修会場で著しく体調の不良が見られる場合、事務局より受講をお断りする場 合があることを了承します。
	☐ 以上を確認し、同意しました。

※受講者 1 名につき本紙 1 枚を作成してください。

※同一事業所で2名以上推薦する場合は、今回受講が必要である理由及びそれぞれの申込者の優先順位を
記した説明文書（任意様式、1 名につきA4 版 1 枚ずつ作成）を添付してください。

（様式2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。）