|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | ※府保健所・実施機関で記入 |

**令和３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） |
| 希望コース | 第１希望　□１コース（WEB講義 ＋8/9.8/10）　□２コース（WEB講義＋10/20.10/21） |
| 第２希望　□１コース　　□２コース　　□希望しない |
| 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。WEB講義とは、インターネットに接続されたパソコン又は携帯・スマートフォン等を用いて、動画を視聴することにより受講するものです。（※該当するものに必ず○で囲んで下さい） |
| 受講環境 | １　インターネットを通してのWEB受講が可能２　視聴環境に課題があり、受講が不可能（受講決定通知時に個別に案内します。） |
| **受講要件に関すること** |
| 実務要件 | 修了者名簿登載を希望する職種に係る実務要件について、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。（修了者名簿登載に両方を希望する場合は、どちらも記載ください。無記入の場合は、名簿登載をしませんのでご注意ください） |
| サービス管理責任者の実務要件について（別紙２参照）□　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《実務年数》　通算　　　年　　　月（令和3年４月１日現在）上記とおり相違ありません。 | 児童発達支援管理責任者の実務要件について（別紙３参照）□　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《実務年数》　通算　　　年　　　月（令和３年４月１日現在）上記とおり相違ありません。 |
| 修了証を発行する職種 | １．サービス管理責任者　　　　２．児童発達支援管理責任者　（※原則どちらか○で囲んで下さい） |
| 昨年度の申込状況 | * 令和２年度京都府サービス管理責任者等基礎研修に申込みしたが落選している場合はチェックを入れてください
 |
| 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・令和　　　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・令和　　年　　月修了〕　　（修了証番号：　　　　　　　　　　　） |
| ３．令和３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 |