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

**平成2９年度京都府サービス管理責任者等研修受講申込書**

**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。　　　　　　　　　　平成　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） | 性別 | 男・女 |
| 申込者氏名 |  | | | |
| 申込者住所 | 〒　　　－  電話番号：　　　－　　　　－ | | | | | | | | |
| 実務経験 | 通算　　年　　月（申込日現在）　※「別紙3」を参考に、該当する経験年数の通算を記入してください。 | | | | | | | | |
| 共通講義 |  | | 共通講義の免除希望の方は○印を付けてください。**（←過去のサービス管理責任者研修修了証書の添付が必要です。）** | | | | | | |
| 受講希望  分　　野 | 受講希望分野に○印を付け、また、複数分野の受講を希望する場合は順位を記入してください。 | | | | | | | | |
| 分野 | 順位 | | 研修分野 | | （障害福祉サービス種別） | | | |
|  |  | | 介護分野 | | 療養介護、生活介護（施設入所支援に係るものを含む） | | | |
|  |  | | 地域生活（知的・精神）分野 | | 自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム） | | | |
|  |  | | 就労分野 | | 就労移行支援、就労継続支援 | | | |
|  |  | | 児童発達支援管理責任者 | | 児童発達支援センター（医療型含む）、児童発達支援事業（医療型含む）、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設（福祉型・医療型） | | | |
| 関係する  研 修 の  修了状況 | 受講済みの研修について○印を付け、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〕  2　京都府以外が実施する上記1と同様の研修修了〔実施主体：　　　　　　平成　　年　　月修了〕  3　サービス管理責任者研修（以前に受講した分野を○で囲み、直近の修了年月を記入してください。）  〔　介護／就労／地域生活（知・精）／地域生活（身体）／児童　〕〔平成　　年　　月修了〕 | | | | | | | | |
| 研　　修  修了後の  役　　割 | 今回研修を修了した後の事業所での役割について、該当するものを○で囲んでください。 | | | | | | | | |
| 1　現にサービス管理責任者等として勤務中（研修未受講だが、経過措置で暫定的に認められている）  2　サービス管理責任者等として勤務する具体的な予定あり  3　具体的な時期は未定だが、将来サービス管理責任者等として勤務する可能性あり  4　その他〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | |
| 所　　属  事業所の  状　　況 | 所属する事業所の現況について該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。 | | | | | | | | |
| 1　新体系サービスの新規指定または追加・変更を予定〔指定時期：平成　　年　　月頃　・　未定　〕  2　指定済〔指定年月：平成　　年　　月、事業所番号：　　　　　　　　　　〕  3　その他〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | |
| 事業所が実施する（予定を含む）サービス種別に○印を付け、定員を記入してください。  ※多機能型事業所の場合は、「多機能型」にも○印を付け、定員合計およびサービス種別毎の定員を記入してください。 | | | | | | | | |
| ・療養介護（　　名）　・生活介護（　　名）　・自立訓練（生活訓練）（　　名）  ・共同生活援助（グループホーム）（　　名）  ・就労移行支援（　　名）　・就労継続支援A型（　　名）　・就労継続支援B型（　　名）  ・自立訓練（機能訓練）（　　名）　・児童発達支援センター【含医療型】（　　名）  ・児童発達支援事業【含医療型】（　　名）　・放課後等デイサービス（　　名）  ・保育所等訪問支援（　　名）　・障害児入所施設【福祉型・医療型】（　　名）　・多機能型（計　　名）  ・施設入所支援（　　名）　・未　定 | | | | | | | | |
| 事業所内でサービス管理責任者等の要件を満たしている職員（実務経験年数を満たし、研修も修了している有資格者）の状況について該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。 | | | | | | | | |
| 1　現在、有資格者がいない（申込者が暫定的に認められている場合も含む）。申込者が研修を修了しないと、  　〔事業所指定を受けられない　・欠格のため3割減算となる　・その他　　　　　　　　　　　　〕  2　申込者以外の有資格者が現任のサービス管理責任者等として勤務しているが、  　〔　　年　　月頃〕に〔異動　・　退職〕する〔ことが確定　・　可能性が高い　・　可能性がある〕。  　　現任者の他に有資格者は〔いない　・　　　人いる〕  3　申込者以外の有資格者が現任のサービス管理責任者等として勤務しており、当面（おおよそ1年以内）は異動・退職の予定はない。現任者の他に有資格者は〔いない　・　　　人いる〕  4　その他〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | |
| 受　講　上  配慮すべき事　　　項 | 受講配慮についていずれかに○印を付けてください。予め記載がなく、配慮できなかった場合、修了認定できないことがあります。  ＜例．手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等＞  **無　　　　　・　　　　　有**　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |