|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |